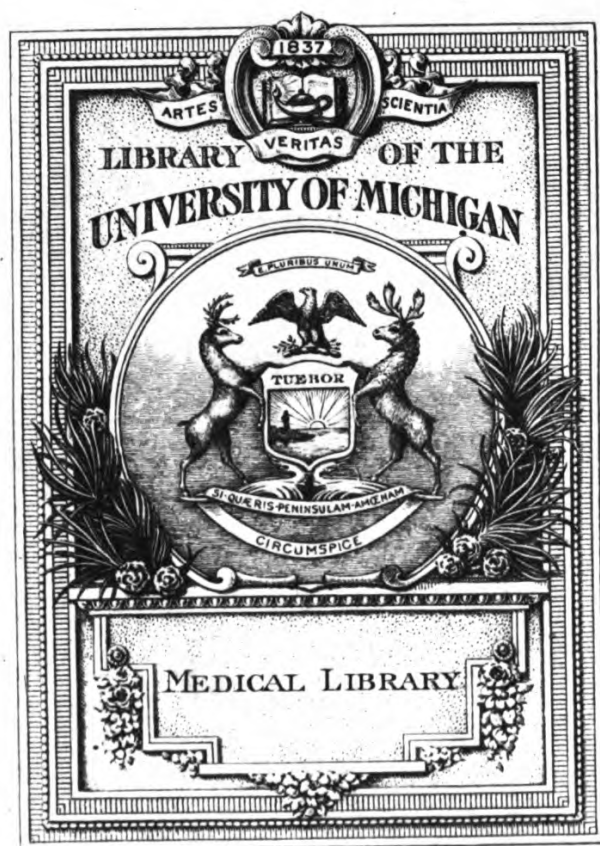
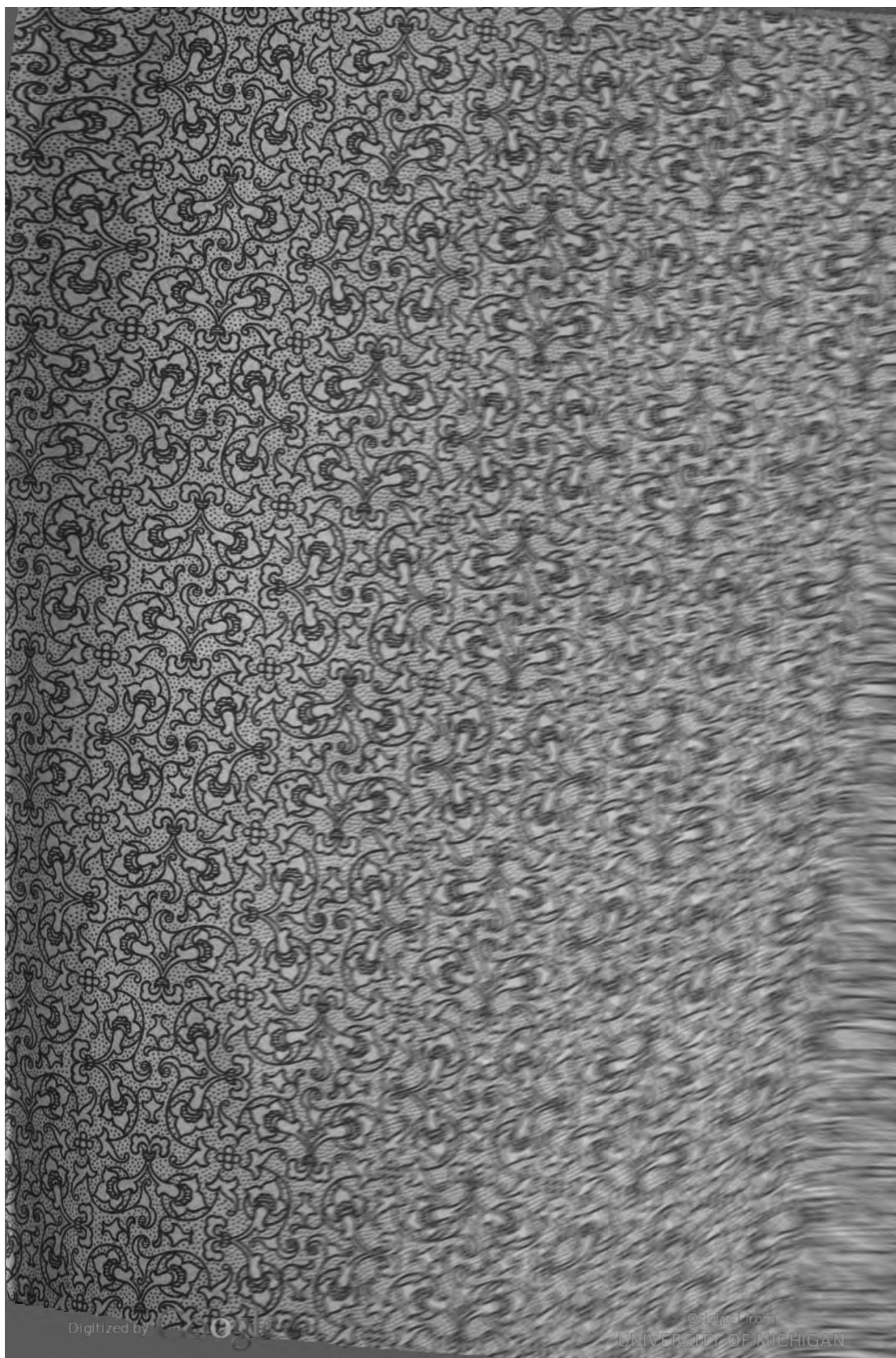




Excerpta medica
1909/1910.

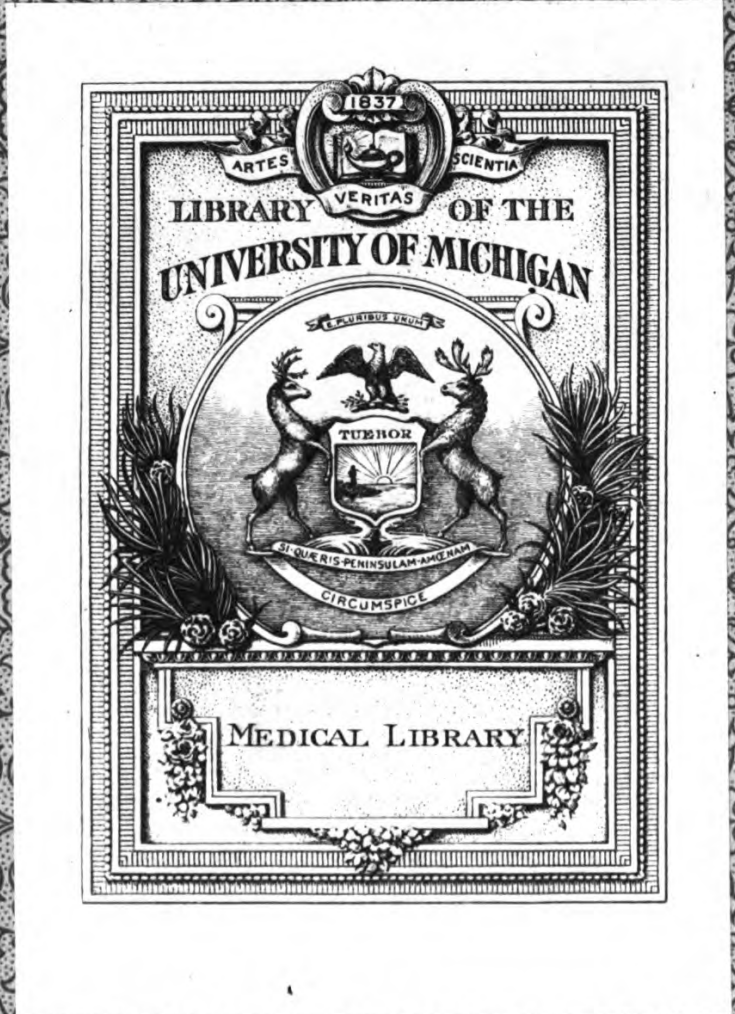


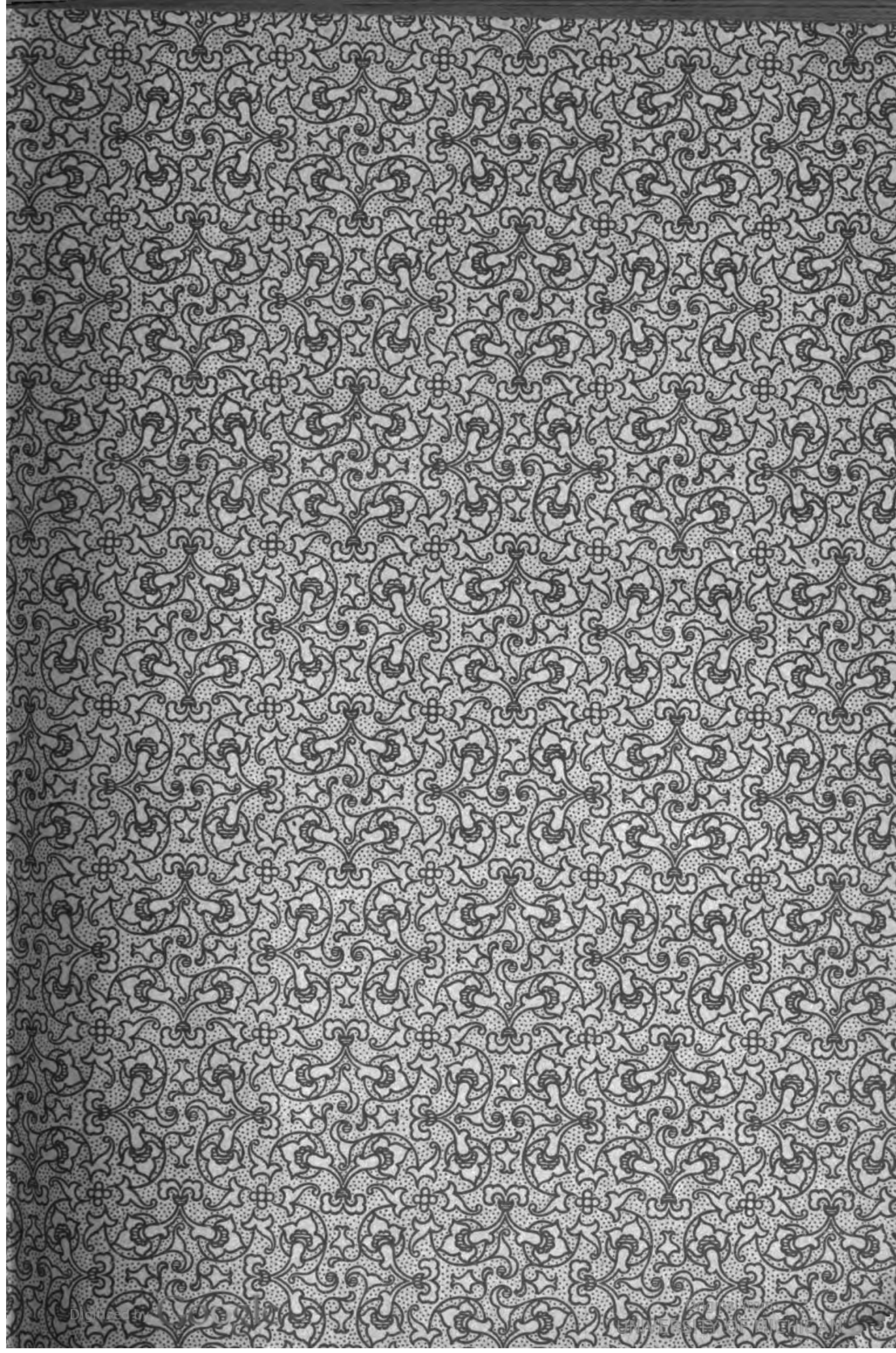


Digitized by



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN





6 0 5
= 95

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.



Neunzehnter Jahrgang 1909 1910.



CARL SALLMANN & CO. LEIPZIG

1910

Medical
Müller
1-29-27
13902

Verzeichnis der Stich- und Schlagworte.*)

Agrypnie 4	Dermatitis 9
Alopecie 10	Diabetes 3, 10
Anämien 2, 10	Diphtherie 1, 11
Anästhesie, Narkose 1, 4, 6, 9, 11	Ekzem 3, 8
Antisepsis, Asepsis, Desinfek- tion 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11	Epilepsie 4
Appendicitis 8, 12	Erysipel 7, 11
Arteriosklerose 8, 11	Frakturen u. Luxationen 1, 2, 6, 9
Arthritis urica 1, 6	Fremdkörper 2
Ascites 12	Furunkel 6
Asthma 6	Gangrän 2
Augenentzündungen 3, 7, 10	Gonorrhoe 3, 5, 11
Basedowsche Krankheit 11	Helminthiasis 8, 12
Blutungen 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12	Hyperidrosis 4
Bronchitis 4	Hysterie 5
Cataracta 8	Intoxikationen 4, 5, 6, 7, 9, 10
Congelatio 5	
Cystitis 1	

*) Hier bezeichnen die Zahlen die Nummern des Blattes, bei den übrigen Registern die Seiten.

IV

Magen- und Darmaffektionen
3, 5, 10

Mastitis 10

Meningitis 6

Menstruationsanomalien 7, 11

Mikuliczsche Krankheit 5

Morbus Basedowii 2

Nephritis 3, 11, 12

Neuralgien 1, 4

Obstipatio 2, 6, 8, 9, 11, 12

Otitis 6

Panaritium 7

Paralysen 12

Pemphigus 8

Pertussis 2, 12

Phimose 9

Pneumonie 4, 11

Pollutionen 5

Prolapsus vaginae 12

Psoriasis 6

Rheumatismen 1, 2, 7

Rhinitis 2, 5, 9, 10

Scabies 7

Schwangerschaft, Geburt
Wochenbett 2, 4, 8, 10

Seekrankheit 7

Soor 12

Syphilis 1, 2, 6, 7, 8, 10, 12

Tabes 12

Tuberkulose 1, 3, 5, 7, 8, 10,
11, 12

Tumoren 1, 2, 5, 8, 9, 11, 12

Typhus 1, 8

Ulcus cruris 4

Ulcus molle 10, 11

Ulcus ventriculi 1, 9

Verrucae 6

Vitia cordis 1, 4, 9, 11, 12

Inhalts-Verzeichnis.

A.

Adenoidoperation, Verlauf einer
Blutung nach einer 296

Adrenalin bei diphtherischer
Blutdrucksenkung 11

— bei Hyperemesis gravidarum
177

— als Antidot 207

— bei Asthma 251

— ein Antidot gegen Strychnin?
394

Adrenalininjektion bei Entfer-
nung von Placentarresten 4

Aethernarkose, Kontraindika-
tion bei Röntgenaufnahmen
377

Aetherrausch, Erkennung des
richtigen Momentes im 241

Albuminurien, chronische inter-
mittierende, nach Nephritiden
124

Alcuentasalben 138

Alkoholdesinfektion der Hände
ohne Seifen 477

Alopecia areata, Behandlung
der 136

Alopecia pityrodes, Behandlung
425

Alsol-Vaginakapseln 119

Alsolgaze 102

Aluminiumsilikate, Behandlung
von Magenkrankheiten mit
450

Aluminiumsubazetat als Mittel
gegen Oxyuris vermicularis
528

Alypin als Lokalanästheticum
242

Amenyl 305

Anämien, perniziöse u. schwere
sekundäre, Differentialdia-
gnose zwischen 49

Anguillulose, Glyzerin bei 346

Antiforminmethode zum Nach-
weis der Tuberkelbazillen 354

Aortenkompression nach Mo m-
bürg bei einer Blutung in
der Nachgeburtsperiode 252

Aperitol 66

Apomorphin, unzuverlässige
Handelspräparate des 299

Appendicitis, traumatische 335

VI

Appendicitis, kompliziert durch
Bauchdeckenphlegmone 521

—, wodurch setzen wir die
Mortalität herab und ver-
hüten Abszesse und Peri-
tonitiden? 523

Arhovin bei Cystitis 8

— bei Gonorrhoe 201

Arsan 422

Arsazetin und seine Einwirkung
auf den Sehnerven 563

Arsen-Haematose 149

Arsenferratin und Arsenferra-
tose 50

Arteriosklerose, Jodomenin bei
337

—, klimakterische 338

—, Balneotherapie bei 478

—, Behandlung von Oedemen
bei 478

Arthritis deformans nach Ty-
phus 364

Bade-Handhabe 420

Balneotherapie bei Arterioskle-
rose 478

Balsamica, bei Behandlung der
Gonorrhoe 490

Basedowsche Krankheit durch
Röntgenstrahlen sehr günstig
beeinflusst 479

— — und Glykosurie 481

Becken, Behandlung des engen
177

Beinleiden, Behandlung der 91

Arthritis urica, Fibrolysin-In-
jektionen bei 250

— —, Radiogenwasser bei 251

Asanum europaeum, Frucht-
abtreibung mit 351

Ascites, Behandlung mit Kol-
largol 525

Asferryl, Erfahrungen mit 147

Asthma, Adrenalin bei 251

—, Azetonurie bei 252

Asurol 313, 549

Ataxie, akute zerebrale, bei
Diphtherie 11

Augenerkrankungen und Ge-
burtshilfe 73

Automors 379, 476

Azetonalkohol zur Hautdesin-
fektion 290

Azetonurie bei Asthma 252

B.

Benzin, Entfernung einer Wachs-
kerze aus der Blase mittels 60

Bergleute in Kohlenbergwerken,
verruköse Hauttuberkulose
bei 127

Blepharitis ciliaris, Nachbehand-
lung der 439

Blutstillung bei Operationen,
prophylaktische 442

Blutung aus den Nabelschnur-
gefäßen, tödliche 383

Blutungen, Serumanwendung
bei 4

Bromglidine bei Epilepsie 154
 Bromismus, Kochsalz gegen 304
 Bromoformvergiftung, Behandlung 447
 Bromural bei Seekrankheit 312
 Bronchiektasien, Behandlung der 108

Bronchiektasien der Kinder, Behandlung der 115
 Bronchitis, Behandlung der chronischen 154
 Bolustherapie der Diphtherie 10
 Bügeln, keimtötende Wirkung des 99

C.

Calcaria chlorata bei Erfrierungen 197
 Calciumchlorid beim Bluthusten der Phthisiker 7
 Carcinoma linguae, Fall von 224
 Catgut oder unresorbierbares Fadenmaterial 564
 Chinin und Krebs 227
 Chininbehandlung des Pemphigus 349
 Chininsalbe bei Pertussis 543

Chloralhydrat für pathologisch-anatomische und lokalthera-
 peutische Zwecke 371
 Chrysarobin bei Psoriasis 276
 Collargol bei Rheumatismen 22
 Coryfin bei Rhinitis 215, 219
 — in d. Rhino-Laryngologie 457
 — in der Ohrenheilkunde 281
 Coryza, Lichtkastenbäder b. 220
 Credésches Verfahren, Misserfolge beim 438
 Cystitis, Arhovin bei 8

D.

Dammnaht, schmerzlose 1
 Dampfsterilisator 331
 Darmmassage bei Herzkranken 181
 Darmtuberkulose, Tuberkelbazillen im Stuhl bei 318
 Delirium tremens, Veronal bei 267
 Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes 249
 — Kreissender 350

Desinfektion des Operationsfeldes mit Alkohol und Jod 377
 Diabetes beim Säugling 116
 Diabetesmilch, Boumasche 115
 Diabetikergebäcke 445
 Dickdarmkatarrhe, heisse Gelatine-Eingiessungen bei chronischen 452
 Digistrophan 410

VIII

Digitalis und homologe Agentien, kombiniert mit anderen Arzneimitteln 180

Digitalisblätter, ist ihr Pulver besser oder ihr Infus? 41

Digitalisinfus, Herstellung eines 410

Diphtherie, zur Bolustherapie der 10

—, akute zerebrale Ataxie bei 11

Diphtherie, zur Serumbehandlung der 485, 486

Diphtherieserum, intravenöse Injektion des 10

Dreuwische Salbe bei Hautkrankheiten 321

Dürkheimer Maxquelle, Arsen-therapie mit der 428

Duschemassage 143

Dysmenorrhoe, Behandlung, n. Polano 491

E.

Efeu, hautreizende Wirkung von 385

Ehrlichsches Mittel bei Syphilis 546

Eiweissprobe, Modifikation der Esbachschen 139

Ekzem, Uviollampe bei 118

—, Vilja-Creme bei 118

—, Zink. peroxygenat. bei 119

— der Kinder, Therapie 341

—, Jothion bei 344

Endometritis und Abort, Lokalanästhesie bei 473

Epilepsie, zur Behandlung der 155

— als Unfallfolge 155

—, Bromglidine bei 154

—, neuere Behandlungsweisen der 154

—, Kur in Karlsbad bei 386

—, Sabromin bei 386

Erbrechen der Schwangeren, Behandlung des 79

Erfrierungen, Behandlung mit Calcaria chlorata und Ichthyolsapen 197

Ergotinwirkung, unerwünschte 440

Ernährung, kochsalzarme 495, 531

Erysipel, Stauungshyperämie b. 299

—, Behandlung mit heisser Luft und Bügeleisen 487, 488

Eston tabletten bei Obstipatio 348

Estoral 72

Eucerin 280

Eulatin 69, 544

Eumenol 307

Euskol 432

Extract. Cannabis indicae bei Morbus Basedowii 65

— fluid. Apocyni canabin. 180

F.

Fahrrad als Zentrifuge 239
 Farbflecke, Entfernen von der Haut 566
 Feolathan 148, 149
 Fibrolysin, rektale und vaginale Anwendung des 189
 Fibrolysin-Injektionen bei Arthritis urica 250
 Fibrolysinanwendung, Kontraindikationen der 420
 —, Fieber bei 503
 Fieber bei Thiosinaminanwendung 503
 Finger, Abriss der Streckaponeurose der 90
 Fissura ani, Behandlung 420
 Formaldehyd-Kaliumpermanganat-Verfahren zur Raumdesinfektion 248

Formaldehydalkohol, Imprägnierung der Stoffe mit 159
 Formamintabletten, Unschädlichkeit der 192
 — bei Stomatitis mercurialis 279
 Frangol bei Obstipatio 269
 Fremdkörper aus der Nase, Entfernung von 59
 —, intravesikale Auflösung fettartiger 61
 Fumiformdämpfe bei Lungentuberkulose 220
 Furunkel im äusseren Gehörgang, Therapie 262
 — und Karbunkel, unblutige Behandlung 262

G.

Gallensäuren als Abführmittel 346
 Gangrän des Penis 64
 —, konservative Behandlung schwerster Extremitätenverletzungen mit drohender 285
 Gebärmutter - Rückwärtsnäkung nach Unfällen 129
 Gebärmutterkrebs und Aufklärung des Publikums 508
 Geburtshilfe und Augenerkrankungen 73
 Gefässklemme 7

Gelatine-Eingiessungen bei chronischen Dickdarmkatarrhen 452
 Gelenkrheumatismus und Rubella 70
 —, Jod bei akutem 308
 — nach Operation der Nase 309
 Geloduratkapseln 352
 Genussmittel als Heilmittel bei Herzkranken 559
 Geotalose 210
 Gipsverbände, zur Anlegung von Fenstern in 57

X

- Gipsverbandfensterer 13
Glykosurie, Basedowsche Krankheit und 481
Glyzerin bei Anguillulose 346
Gonorrhoe, Thyresol bei 119
—, Alsol-Vaginalkapseln bei 119
—, Tubenbehandlung der 120
—, Arhovin bei 201
—, Balsamica bei 490
—, Isoform bei 490

- Gonorrhoe - Suspensorium mit Tasche 198
Guajakose bei Tuberkulose 126, 557
Gummihandschuhe, Sterilisierbüchse für 291
Guttaperchapapier in Bindenform 95
Gynäkologische Untersuchung 516
Gynoval 140, 141, 283

H.

- Haarausfall, Verhütung des 425
Hämatemese durch Läsion der Nasenscheidewand 195
Hämatom, Diagnose des retroplazentaren 526
Haemophilie, Beitrag zur 295
Hämorrhagische Diathese, verursacht durch Typhus 34
Handschuhfarbe, Hautentzündung durch 326
Hautdesinfektion bei interimitischen Eingriffen 290
— nach Grossich 290
— mit Azetonalkohol 290
— mit Alkohol-Tannin 290
Hautgummata, äussergewöhnlich frühzeitiges Auftreten von 25

- Hautkarzinom nach Trauma 361
Hauttuberkulose, bei Bergleuten beobachtete 127
Herzranke, Genussmittel als Heilmittel bei 559
Höllensteinhalter, sterilisierbarer 235
Hydrarg. oxycyanat. bei Syphilis 354
Hyperemesis gravidarum, zur 176
— —, Adrenalin bei 177
Hypertrichosis bei Schwangerschaft 458
Hysterie, Fall mit Oedème bleu und Differenz der Kniephänomene 205
—, chronische Hautblutungen bei 384

I.

Ichthyolsapen bei Erfrierungen 197
 Impetigo contagiosa, Behandlung der 137
 Influenza, Lichtkastenbäder bei 220
 Infusionsapparat für physiologische NaCl-Lösung 319
 Iritis, örtliche Behandlung der 435

Irrigal, bakteriologische Untersuchungen über 237
 Ischialgie infolge Sarcoma vertebrae spinalis 363
 Ischias, zur Differentialdiagnose der peripheren 169
 Isoform bei Gonorrhoe des Weibes 490
 Isopral, weitere Erfahrungen mit 145

J.

Jod bei akutem Gelenkrheumatismus 308
 Jodglidine 317
 Jodomenin 47
 — bei Arteriosklerose 337
 Jodtinktur, Desinfektion der Haut mit 246, 247, 329, 434

Jodtropon bei Syphilis 463, 551
 Jothion 234, 281
 —, Resorption und klinische Anwendung des 84
 — bei Ekzem 344
 — bei Rhinitis 400
 Jothiontherapie, Beitrag zur 85

K.

Kälteapplikation auf den Nacken bei Nasenblutungen 101
 Kal. permang., Behandlung mit 470, 471, 513
 Kampfer bei alimentärer Intoxikation des Säuglings 122
 Kanüle zum Aufsaugen von Injektionsflüssigkeiten 566
 Karlsbad für Epileptiker 386
 Karzinom, Mutterbrust und 88
 Katarakt, Spontanheilungen bei seniler 339

Katheter, Apparat zur Schnellsterilisation von 292
 Katheterhalter, sterilisierbarer 377
 Kefir bei Magenatonie 209
 Kehlkopfkrebs, zur Symptomatologie des 86
 Kelenvereisung bei Verrucae 279
 Kephaldol 287, 568
 Keuchhusten s. a. Pertussis

XII

Keuchhustenkrämpfe behandelt
mittels Lumbalpunktion und
Uebergießungsbädern 69

Kindbettfieber, Therapie des 81

Klavikularfraktur, Verletzung
der Vena subclavia bei Ein-
richtung einer 258

Klystier-Ersatz-Therapie 535

Knochenbruch und Arterioskle-
rose des Gehirns, Zusammen-
hang zwischen 51

Knochenherde, isolierte Muskel-
atrophie bei tuberkulösen 555

Kohlensaure Teilbäder 93

Kollargol bei Bauchwassersucht
525

Kollodiumglas, praktisches 192

Kompressionspinzette zur Stil-
lung von Nasenblutungen 385

Kopfschmerzen und Syphilis 276

Koprostase und Oxyuris 529

L.

Lichtkastenbäder bei Schnupfen
und Influenza 220

Limonen bei Lungenkranken 506

Lippenblutungen, vikariierende
Menstruation in Form von 381

Lungenperkussion, Technik der
504

Lupulin bei Magendarmstörun-
gen 123

Luxatio claviculae supraacro-
mialis, Verband für die 12

Lysolvergiftung durch Uterus-
spülung 206

— durch vaginale Irrigation 302

M.

Magenatonie mit Kefir behan-
delt 209

Magensaftfluss der Gewohnheits-
raucher 265

Maske für die Narkose 3

Mastitis, Behandlung der puer-
peralen 452

Mastix-Lösung in der klein-
chirurgischen Praxis 423

Mastodynie, über 14

Medianuslähmung als Spätfolge
einer Ellenbogengelenkver-
letzung 537

Medinal, therapeutische Bedeu-
tung des 145

Meningitis infolge Streptococcus
mucosus 268

Meningokokkenträger, zur Be-
handlung der 269

Mensan als Hämostypticum 197

Menstruation, vikariierende, in
Form von Lippenblutungen
381

Menthol - Eucalyptolinjektionen
bei Bronchitis, Lungengan-
grän und Tuberkulose 555

Mergal in der Augenheilkunde
100

Merjodin 464

Mikuliczsche Krankheit, Fall
von 210

Mitralinsuffizienz in Schwan-
gerschaft und Wochenbett,
Fall von schwerer 512

Momburgsche Blutleere bei einer
Blutung in der Nachgeburts-
periode 252

Morbicid 379

Morbilli, Einwirkung auf Pso-
riasis 276

Morbus Basedowii, Extr. Can-
nabis indicae bei 65

Morosche Salbenreaktion, über
29, 317

Morphiumvergiftung, seltene
Nebenerscheinungen bei aku-
ter 162

Myomblutung, tödliche, nach
Röntgenbestrahlung 31

N.

Nabel, Versorgung bei Neu-
geborenen 230

Nabelschnurgefäße, tödliche
Blutung aus den 383

Nachgeburtsblutungen, Thera-
pie der 460

Naevus vasculosus durch Rönt-
genstrahlen geheilt 508

Narkose, neuer Handgriff für
die 149

Narkotisieren, Erfahrungen über
das 152

Nasenblutungen, Kompressions-
pinzette zur Stillung von 385

Nasenscheidewand, schwere Hä-
matemese durch Läsion der
195

Nephritiden, chronische inter-
mittierende Albuminurien als
Nachkrankheit infektiöser 124

Nephritis und Röntgenbehand-
lung 125

Nephritis, kochsalzarme Ernäh-
rung bei 494

Nerv. medianus, ein Jahr nach
der Verletzung genäht 185

— musculo-cutaneus, Lähmung
des 540

Neuralgie des N. trigeminus,
geheilt durch innere Galva-
nisation der Mundhöhle 167

Neutralon b. Ulcus ventriculi 407

Nicomors-Tabletten 395.

Nierenblutung nach schwerem
Heben nicht als Unfallfolge
anerkannt 103

Nieswurzsamen, Vergiftung mit
304

Nikotinausschlag, Fall von 263

Novojodin 430

Novokain-Suprareninlösung,
Sterilisation von 244, 476

Nukleogenbehandlung. Beitrag
zur 49

XIV

- Obstipatio, Aperitol bei 66
- , Regulin bei 67
- , zur Beurteilung und Behandlung der chronischen 67
- , Frangol bei 269
- , Paraffinbehandlung 270
- , schwedische Mastdarmbehandlung 271
- , Gallensäuren bei 346
- , Estontabletten bei 348
- , Peristaltikhormon gegen 398
- als Ursache einer Metrorrhagie 499
- Obstipationsalbuminurie 498

- Pachymeningis haemorrhagica, Tod an 193
- Panaritiumoperation, Technik der 307
- Pantopon 501, 564
- Papillomatöse Wucherungen an den weiblichen Genitalorganen, Behandlung 558
- Paraffinbehandlung der Obstipatio 270
- Parotisschwellung, akute 374
- Pastilli Jodo-ferrat. „Jahr“ 127
- Pemphigus, Chininbehandlung des 349

O.

- Oedeme bei Arteriosklerose, Behandlung der 478
- Ohreiterungen, Perhydrol b. 273
- Ohrentrichter, praktische 236
- Operationsnadel - Sterilisationsapparat 99
- Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen, zur Behandlung der 293
- Os naviculare tarsi, isolierte Luxation des 58
- Ovaradentriferrin 287
- Oxyuris bei Erwachsenen 345
- , Aluminiumsubazetat gegen 528
- und chronische Koprostase 529

P.

- Pergenol, ein festes Wasserstoff-superoxyd 97, 331
- Perhydrol bei alten Ohreiterungen 273
- Peristaltikhormon gegen Obstipatio und akute Darmlähmung 398
- Perityphlitis, bedingt durch das Glied eines Bandwurms 334
- Pertussis, Eulatin bei 69, 544
- , Sydrosan bei 69
- , Chininsalbe bei 543
- Peru-Lenicet 366
- Perugen bei Scabies 312

Pessare, kugelförmige 544
 Petroleumvergiftung bei
 Kindern 396
 Phimose, Therapie der entzünd-
 lichen 399
 Phimosenoperation 399
 Pilokarpinintoxikation, chro-
 nische 301
 Pitral 327
 Pittylentherapie 231
 Placenta praevia, über 175
 —, brauchbares Kennzeichen
 der 174
 Plessimeter, Weichgummi- 190
 Pneumonie, Kampferbehandlung
 der 173
 —, 2 Fälle mit Pemphigus
 komplizierter 173
 — der Kinder und Pneumo-
 kokkenserum 499

Pneumonie, zur Behandlung
 501
 Pollutionen, Styptol bei 214
 Polyarthritus gonorrhoeica, akute
 kryptogenetische 200
 Prolapsus vaginae, ring- und
 kugelförmige Pessare bei 544
 Propaesin, schmerzstillende Wir-
 kung des 318
 Protargol bei Erkrankungen
 des Nasen- und Rachenraums
 72
 Pseudoparalysis agitans (hy-
 sterica) 202
 Psoriasis, Chrysarobin bei 276
 —, Einwirkung von Masern auf
 276
 Pyelocystitis des Kindesalters,
 Behandlung der 9
 Pyocyanase, Behandlung des
 Ulcus serpens mit 101

Q.

Quecksilberbehandlung bei Sehnervenatrophie 467

R.

Radiogenwasser bei Podagra 251
 Radiusfraktur, Behandlung der
 typischen 50
 —, Verband mit einer Stärke-
 binde 257
 Rasillit, Augenverletzung durch
 294
 Regulon 67

Rheumatische Erkrankungen,
 tonsillare Behandlung der 308
 Rheumatismen, Collargol bei 22
 —, Spirosal bei 23
 Rhinitis, Estoral bei 72
 —, Protargol bei 72
 —, Coryfin bei 215, 219

XVI

Rhinitis, Jothion gegen 400
—, Spülungen mit essigsaurer
Tonerde gegen 401
—, Notiz zur Behandlung 454
Roborin 430
Röntgenbehandlung, chronische
Nephritis und 125

Röntgenbehandlung bei Base-
dowscher Krankheit 479
— bei Naevus vasculosus 508
Röntgenbestrahlung, tödliche
Myomblutung nach 31
Rubeola und Gelenkrheumatis-
mus 70

S.

Sabromin 134, 328
— bei Epilepsie 154, 386
Sarcoma vertebrae spinalis,
Ischialgie infolge 363
Sarkom des Gesässes nach Trau-
ma 401
Sarton 443
Sauerstoffinhalationen bei Herz-
kranken 410
Scabies, Perugen bei 312
Schädelbasisfraktur mit doppel-
seitiger Abducenslähmung
388
Schädelfraktur, eigenartige 260
Scharlach, Behandlung der
schweren Komplikationen des
457
Scharlachsälbe bei Haut- und
Geschlechtskrankheiten 142
— bei granulierenden Wund-
flächen 229
Scheidenpessar mit umlegbarem
Bügel als Stiel 325
Scheidentampons, Vorrichtung
zur Herstellung von 92

Scheintod des Kindes, neues
Verfahren bei 79
Schnupfen der Säuglinge, Be-
handlung 72, 454
Schulterluxation, Behandlung
der habituellen 392
Schwangerschaft und Tuberku-
lose des Kehlkopfs 28
Seekrankheit, Bromural bei 312
—, Veronalnatrium bei 312
Sehnenscheidenphlegmone, Be-
handlung der 421
Sehnervenatrophie, Quecksilber-
behandlung der 467
Serum bei Blutungen 4
Skopolamin - Morphinum - Nar-
kose, Todesfälle bei 377
Somatose bei Syphilis 86
Sonnenbäder, schädliche Wir-
kungen der 182
Soolbäder, CO₂ haltige, bei
Kreislaufstörungen 414
Soor der Neugeborenen, Be-
handlung 545

Spätblutung, subdurale 482
 Speculum mit Fangsieb für
 Kurettagen 563
 Speicheltasche 283
 Spirosal bei Rheumatismen 23
 — in der Ohrenheilkunde 281
 Sputan bei Lungenaffektionen
 127
 Stauungsblutungen am Kopfe
 380
 Stauungsverfahren, Gefahren des
 Bierschen 135
 — bei Erysipel 299
 Stirnkopfschmerz, dentaler 44
 Stomatitis mercurialis, Forma-
 mint bei 279
 Strychnin, Adrenalin ein Anti-
 dot gegen 394
 Styptol bei Pollutionen 214
 Sublamin bei Syphilis 277

Suprarenininjektionen, intrave-
 nöse, bei Herz- und Gefäß-
 kollapsen 230
 Suprareninwirkung, zur 256
 Suspensorium, waschbares, ge-
 polstertes 121
 — mit Tasche 198
 Sydrosan 69
 Syphilis und Kopfschmerzen 276
 —, Sublamin bei 277
 —, Asurol bei 313, 549
 —, Quecksilber-Arsazetin-Chi-
 nin bei 351
 —, Hydrargyr. oxycyanat. bei
 354
 —, das neue Ehrlichsche Mittel
 bei 546
 —, Jodtropon bei 551
 Syphilisinfektion, extragenitale
 24

T.

Tabelle von Bayer & Co. über
 ihre Präparate 137
 Tabes, neues Symptom bei 553
 Tannyl „Gehe“ bei Darmleiden
 123
 Tebean bei Lungentuberkulose
 468
 Terpentingiftung 207
 Thermophorapparat, vaginale
 Wärmeapplikation mit einem
 neuen 187

Thiosinaminanwendung, Fieber
 bei 503
 Thiosinaminvergiftung 394
 Thyresol bei Gonorrhoe 119
 Tonsillarbehandlung der rheu-
 matischen Erkrankungen 308
 Trauma, Hautkarzinom nach
 361
 —, Sarkom des Gesäßes nach
 401
 — und Geschwulst 403

VIII

Trichophytie, Behandlung der 136

Trichter mit Feststellvorrichtung und Sonde für Magen-, Darm- und Blasenspülungen 568

Trigeminusneuralgien dentalen Ursprungs 17

Trochanter, Abrissfraktur des 55

Troikart zur Aspiration von Pleuraexsudaten 182

Tuberkelbazillen im Stuhl bei Darmtuberkulose 318

—, Nachweis der 354

— im kreisenden Blute 508

Tuberkulinvaseline zur Anstellung der Konjunktivalreaktion 221

Tuberkulose des Kehlkopfs und Schwangerschaft 28

—, Guajakose bei 126, 557

—, Pastilli Jodo-ferrat. bei 127

Tuberkulose, Sputan bei 127

—, Kindheitstuberkulose und Immunität 357

—, Behandlung mit menschlichem Serum 555

Tumoren, intraperitoneale Operationen bei Schwangerschaft und Geburt komplizierenden 228

—, neue Behandlungsmethode maligner 360

Typhus, hämorrhagische Diathese verursacht durch 34

—, Verhütung von Venenthrombosen beim 364

—, Arthritis deformans nach 364

—, Hautblutungen bei 442

Typhusbazillen im Erbrochenen 34

Typhusbazillenträger, Behandlung der 35

U.

Ulcera cruris, neuer Dauerkompressionsverband für 178

Ulcus gonorrhoeicum serpiginosum, 2 Fälle 199

— molle, Zinkperhydrol bei 470

— —, Behandlung 510

— serpens behandelt mit Pyocyanase 101

— ventriculi, Behandlung des 35, 408

— —, Neutralon bei 407

Umschlag, bequemer warmer 89

Unterkiefer, Geschwulstmetastase mit Lähmung des Trigeminus 227

Unterschenkelfrakturen, Extensionsbehandlung der 386

Uricedin Stroschein 4

Uterusblutungen, Auffassung und Behandlung von 298

Uteruskarzinome, Zinkopyrin-Gaze bei inoperablen 360

Uviollampe 118

V.

Vena subclavia, Verletzung bei
Einrichtung einer Klaviku-
larfraktur 258

Venenthrombosen bei Typhus,
Verhütung von 364

Veronal b. Delirium tremens 267

Veronalnatrium bei Seekrank-
heit 312

Veronalvergiftung, Fall 448

Verrucae, Kelenvereisung bei
279

—, einfache Behandlung 280

Vilja-Creme 118

Vulvaspreizer 327

W.

Wäsche, Desinfektion infizierter
248

Waschblauvergiftung, zur Ka-
suistik der 161

Wohnungsdesinfektion 476

Z.

Zahnheilkunde, zur Lokalan-
ästhesie in der 473

Zahn- und Mundpflege, über
132

Zahnpulver, Zahnpasten und
Mundwässer 237

Zahn- und Mundwässer, des-
infizierende Wirkung einiger
gebräuchlicher 98

Zehen, Redressementsich decken-
der oder gekrümmter 520

Zentrifuge, das Fahrrad als 239

Zervixkatarrhe, Auffassung und
Behandlung von 298

Zinkopyrin - Gaze bei Uterus-
karzinomen 360

Zinkperhydrol bei Ulcus molle
470

Zink. peroxygenatum bei Ohren-
und Nasenekzemen 119

Zungenhalter, neuer 567

Bücherschau.

- Döderlein, Geburtshilflicher Operationskurs 239
- Grödel, F. M., Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medizin 96
- Herbst, Atlas und Grundriss der zahnärztlichen Orthopädie 375
- Huchard, Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung 48
- Jankau, Taschenbücher 95, 240, 472
- Joseph, M., Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten 143
- Kraft, E., Analytisches Diagnosticum 48
- Medizinalkalender 144
- Praussnitz, W., Atlas und Lehrbuch der Hygiene 96
- Rotter, Typische Operationen 240
- Sarason, Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 375, 471
- Schmidt, Friedheim, Lamhofer, Donat, Diagnostisch-therapeutisches Vademecum 144
- Sultan, Grundriss und Atlas der speziellen Chirurgie 472
- Vorträge, Sammlung klinischer 376
- Wieting-Pascha, Gülhane-Festschrift 239
- Wolff-Eisner, Handbuch der Serumtherapie 472
- Würzburger Abhandlungen, 376

Namen-Verzeichnis.

A.

Abramowski (Schwarzort) 118
Abramsohn, H. (Berlin) 558
v. Åkerhielm (Wiesbaden) 271
v. Aldor, L. (Karlsbad) 452
Alexander, A. (Berlin) 407
Althoff, H. (Attendorn) 189,
383
Altvater, W. 154
Amberger (Frankfurt a. M.) 401
Amende (Bamberg) 422
Andernach, L. (Königsberg) 205
Arens, C. (Würzburg) 101
Asch, R. (Breslau) 490
Auerbach, P. (Magdeburg) 142

B.

Baedeker, J. (Berlin) 69
Baginsky, A. (Berlin) 457
Barnick (Mrotschen) 421
Baron, L. 57
Bassenge, R. (Berlin) 98
Baum (Kiel) 330
Becker, F. (Düsseldorf) 339
Becker, P. F. (Frankfurt a. M.)
471
Becker, L. (Berlin) 403
Bennighoven (Berlin) 132
Berliner, L. (Berlin) 543
Berliner, M. (Breslau) 555
Berliner, M. (Wien) 143
Bernhardt, M. (Berlin) 537
Bethge, H. (Gelsenkirchen) 269

Bettmann (Heidelberg) 24
Beyer, W. (Magdeburg) 173
Biernacki, E. (Lemberg) 386
Binder, E. (Berlin) 384
Bircher, E. (Aarau) 260
Birnbaum (Göttingen) 80, 206
Blumberg, M. (Berlin) 327
Blumm (Bayreuth) 470
Boelke (Ratibor) 410
Boesch, E. (Basel) 360
Böttcher (Picher) 210
Bogdán, A. (Balassa-Gyarmat)
290
Boruttau, H. (Berlin) 197
Braitmaier (Kiel) 281
Bratz (Wuhlgarten) 154
Braun, H. (Zwickau) 244
Bresgen, M. (Wiesbaden) 273
Bröse, P. (Berlin) 516
Bruch, F. (Seckenheim) 262
Brückner, M. (Dresden) 11
Brühl (Berlin) 557
Brüning, H. (Rostock) 499
Bubenhofer, A. (Stuttgart) 242
Büdinger, K. 279
Bünk, H. 473
Bulling, A. 154
Bullinger (Stuttgart) 29

C.

Canon (Berlin) 521
Chvojka, A. (Prag) 302
Clemenz, E. (St. Petersburg) 228

Cohen, C. (Breslau) 294
 Cohn, H. (Berlin) 92
 Crämer (München) 65

D.

Davidsohn, G. (Berlin) 197
 Dengg, H. (Schömborg) 256
 Dittrich, F. (Schönberg) 346
 Dmikenko 478
 Dölling, M. (Hermsdorf) 50
 Donati, M. (Berlin) 377
 Dorn (Berlin) 127
 Dreuw (Berlin) 276, 321, 348
 Drury, H. C. 481

E.

Ebstein, W. (Göttingen) 529
 Eckert (Berlin) 11, 69
 Ehrmann, R. (Berlin) 450
 Eichhorst, H. (Zürich) 124
 Einecker 379
 Elschnig (Prag) 301
 Engelen (Düsseldorf) 190
 Erben, S. (Wien) 169

F.

Fabian, R. (Berlin) 22
 Fabry (Dortmund) 127
 Falk, E. (Berlin) 305
 Falta, W. (Wien) 207
 Federmann (Berlin) 329
 Feilchenfeld, L. (Berlin) 326
 Feilchenfeld, W. (Berlin) 438
 Feldt, A. (St. Petersburg) 72
 Feres (Midkolcz) 201
 Fette, H. (Hamburg) 487
 Fieber, E. L. (Wien) 430
 Finck, J. (Charkow) 513
 Fischer, F. (Berlin) 551
 Flatau (Nürnberg) 491
 Flesch, M. (Frankfurt a. M.)
 176, 291
 Floer, H. (Essen) 220

Focke (Düsseldorf) 41, 380
 Frank, H. (Breslau) 258
 Frank, R. 152
 Frey, E. (Berlin) 430
 Friedländer, R. (Berlin) 379
 Friedmann, R. (Berlin) 47
 Fries, H. (Frankfurt a. M.) 147
 Fritsch (Bonn) 269
 Froehlich (Berlin) 283, 386

G.

Galler 312
 Gerson, K. (Schlachtensee) 159
 Glaessner, K. (Wien) 346
 Glaessner, P. (Berlin) 50
 Glas, E. (Wien) 28
 Glück, J. (Abbazia) 287
 Goder, H. (Lissa i. P.) 13
 Göppert, F. (Kattowitz) 9
 Goldmann, F. (Berlin) 445
 Gottschalk, S. (Berlin) 350
 Gottstein, J. F. (Reichenberg) 58
 Graetzer, E. (Berlin) 4
 Grasser, O. (Hermannstadt) 4
 Grawitz (Charlottenburg) 182
 Grossich, A. (Fiume) 246, 434
 Groth, A. 88
 Gumpert (Berlin) 337
 Guttmann, W. (Strassburg) 236

H.

Haase, H. 363
 Haedicke, G. (Berlin) 86, 231
 Haenel, H. (Dresden) 553
 Hallervorden, J. (Berlin) 501
 Hammes, F. (Trier) 563
 Hanau, A. (Berlin) 102, 119
 Hand, L. (Grodek-Jagielski)
 499
 Hannemüller (Breslau) 55
 Hannes, B. (München) 248
 Harmel (Metz) 210
 Harnack, E. 299
 Hartmann, A. (Berlin) 235

deHartogh, M. (Amsterdam) 482
 Hartung, E. (Berlin) 12
 Hauptmann, A. (Hamburg) 381
 Hayn, F. (Würzburg) 394
 Heermann, A. (Kassel) 520
 Heidenhain (Insterburg) 251, 420
 Heimann, F. (Breslau) 564
 Heinicke, W. (Waldheim) 312
 Heller, A. (Kiel) 371
 Hellmuth, E. (Würzburg) 118
 Henrich, F. (Hamburg) 361
 v. Herff, O. (Basel) 290
 Herring, H. B. (London) 292
 Herz, M. (Wien) 181, 410, 559
 Herzfeld (New York) 410
 Hesse, F. (Charlottenburg) 49
 Heubach, P. (Berlin) 352
 Hildebrandt, H. 299
 Hildebrandt, W. (Freiburg) 504
 v. Hippel (Giessen) 249
 Hirsch, M. (Berlin) 175, 452
 Hirschberg, M. (Berlin) 162
 Hodara, M. 136
 Hoeflmayer (München) 140
 Höhn, J. (Radein) 478
 Hoffmann, K. F. (Düsseldorf)
 549
 Hoffmann, H. F. (Walldorf) 67
 Hoke, E. (Prag) 34
 Hoppe-Seyler, G. (Kiel) 108
 Huber, A. (Blumenbach) 442

I.

Ichelhäuser, M. (München) 544
 Ivovic, L. (Wien) 207

J.

v. Jagić, N. (Wien) 251
 Januschke (Wien) 394
 Jellinghaus, C. F. (New York)
 458
 Jessen, F. (Davos) 508
 Jessner 354
 Joachim, G. (Berlin) 463

Joachim, G. (Königsberg) 207
 Jochmann, G. (Berlin) 299
 John, M. (Mannheim) 230
 Joseph, M. (Berlin) 327
 Jurasz (Lemberg) 101

K.

Kafemann 296
 Kamprath, R. 138
 Karo, W. (Berlin) 120
 Katzenstein, L. (Wiesbaden) 428
 Keibel, M. (Berlin) 85
 Kellner (Hamburg) 155
 v. Kirchbauer, A. (Nürnberg) 70
 Klemperer, G. (Berlin) 364
 Klose, F. (Heidehaus) 318
 Knapp, L. (Prag) 440
 Knecht, H. (Linz) 385
 Knoke (Kiel) 285, 386
 Knopf, H. (Berlin) 22
 König, J. (Karlsbad) 214
 Körner 78
 Kofmann, S. (Odessa) 307
 Kortschak, R. (Graz) 568
 Kraatz, A. (Berlin) 473
 Kraemer, F. (Frankfurt a. M.)
 90, 180,
 Kraus, E. (Wien) 28
 Kröning, B. (Strassburg) 252
 Kromayer (Berlin) 425
 Kroner, K. (Schlachtensee) 134
 Krukenberg, H. (Elberfeld) 377
 Krummacher (Wesel) 230
 Kuchendorff (Posen) 479
 Kühl, W. (Altona) 149
 Kümmell (Hamburg) 523
 Küster, E. (Freiburg) 10
 Kutscher, K. H. (Berlin) 476
 Kwilecki (Breslau) 139

L.

Landström, J. (Stockholm) 241
 Langstein (Berlin) 116
 Lehmann, O. (Charlottenburg) 23

XXIV

Lenné (Neuenahr) 125, 408
v. Leube (Würzburg) 35
Leva, J. (Tarasp) 494, 531
Leyden, H. 344, 400, 567
Lichtenstein, H. (Frankfurt a.O.)
555
Lidsky, A. (Bern) 295
Likudi, G. 145
Lipowski (Bromberg) 67, 270
Lipschütz, F. 312
Lischke, O. (Dresden) 178
Löwenstein (Elberfeld) 283
Loewy, A. (Wien) 13
Lorenz (Berlin) 395
Lubinski, M. (Berlin) 281

M.

Madlener, M. (Kempten) 564
Marcuse, E. (Berlin) 392
Martin (Schwabenheim) 250
Massalongo, R. (Verona) 126
Mathes (Graz) 1
May, R. (Zielenzig) 220
Mayer, R. (Berlin) 72
Mayer, P. (Karlsbad) 115
Mayer, O. (Nürnberg) 200
Mayer, A. (Tübingen) 526
v. Mettenheimer (Frankfurt a.M.)
454
Meyer, E. 97
Meyer, L. 198
Meyer, R. (Berlin) 219
Miklos, J. (Munk) 66
Moeller, A. (Berlin) 237
Möller, V. F. (Kopenhagen) 267
Moral, H. 473
Morawetz, G. (Wien) 229
Mueller, C. (Breslau) 248
Müller, Ch. (Immenstadt) 360
Müller, F. (Königsberg) 508
Müller, Fr. (Heilbronn) 44, 59
Müller, G. J. (Berlin) 399
Müller, O. (Recklinghausen) 25

Müller de la Fuente (Schlangen-
bad) 202
Müllern-Aspegren (Stockholm)
470
Münch (Baden) 354

N.

Näcke, P. (Hubertusburg) 263
Nagelschmidt, F. (Berlin) 84
Nanu (Bukarest) 127
Neisse, R. (Bern) 503
Neisser, A. (Breslau) 313, 546
Neugebauer, O. 351
Neumann, G. (Landsberg a. W.)
396
Niehans (Bern) 555
v. Noorden, C. (Wien) 443

O.

Opitz, E. (Düsseldorf) 298
Oppenheimer, E. H. (Berlin) 435
Orland (Wesseling) 319
Osten (Königslutter) 239

P.

Palm, R. (München) 307
Panzenbieter, C. (Altenburg) 192
Paysen (Hollingstedt) 182
Perl, K. (Berlin) 318
Philippi, F. A. (Salzschlirf) 280
Pick, W. 341
Pick (Königsberg) 439
Pickenbach (Berlin) 276
Pinner, R. (Berlin) 102, 119
Piorkowski (Berlin) 432
Piorkowski (Stettin) 277
Pohl, J. (Prag) 180
Pohl (Warmbrunn) 335
Polland, R. (Graz) 464
Porges, R. C. (Wien) 185
Posner, C. (Berlin) 61
Pototzky, C. (Tegel) 93

Preiswerk, P. (Basel) 17
 Preti, L. (Pavia) 346
 Pribram, H. (Prag) 161
 Prochownik, L. (Hamburg) 287
 Pullman, W. (Greifswald) 366

R.

Rabinowitsch, L. (Berlin) 508
 Rasp, A. (Kuttenplan) 512
 Rebaudi, L. (Genua) 177
 Reiche, F. (Hamburg) 7, 485
 Reinhardt, L. 304
 Réthi (Wien) 86
 Rhode, O. (Bromberg) 270
 Rhoden, E. (Wien) 317
 Richter, E. (Frankfurt a. M.) 566
 Richter, E. (Kiel) 234
 Riehl (München) 525
 Rinne (Berlin) 377
 Ritter 357
 Ritter, C. (Posen) 487, 488
 Ritter, P. (Berlin) 237
 Röchling (Misdroy) 141
 Roepke (Melsungen) 476
 Rosendorff W. (Berlin) 448
 Rosenheim, Th. (Berlin) 450
 Rothschild, J. (Berlin) 364
 Roubitschek (Karlsbad) 498
 Rube, R. (Essen) 268
 Rubens (Gelsenkirchen) 276
 Rudaux 545
 Rücker (Werden) 195
 v. Rütte, E. (Niederbipp) 34
 Ruge, E. (Berlin) 193
 Runge, E. (Berlin) 73

S.

Saar (Berlin) 398
 Sachs, J. (Berlin) 331
 Samuel, M. (Köln) 14
 Schäfer, A. (Oberstein) 135
 Schalenkamp (Krombach) 197
 Schemel (Berlin) 540
 Schepelmann, E. (Halle) 328

Scheuer, O. (Wien) 118
 Schichhold, P. (Leipzig) 308
 Schiffer, B. (Wien) 215
 Schimmelpfennig, R. (Charlottenburg) 89
 Schindler, K. (Berlin) 121
 Schlechtendahl (Barmen) 399
 Schlesinger, H. (Wien) 227
 Schmid, H. E. (Berlin) 508
 Schmidt, G. (Berlin) 528
 Schmidt, H. (München) 252
 Schmidt, H. (Strassburg) 401
 Schneider (Hagenau) 35
 Schöne, Ch. (Berlin) 299
 Schönfeld, R. (Schöneberg) 103
 Schreiber, E. (Magdeburg) 10
 Schultz, W. (Porto Alegre) 72
 Schultz-Zehden (Berlin) 467
 Schumburg (Strassburg) 477
 Schuster (Nauheim) 338, 414
 Schwarz, E. (Wien) 148
 Schweinburg, E. (Brünn) 378
 Seibert, A. (New York) 173
 Selbiger (Berlin) 457
 Sellheim, H. (Tübingen) 174
 Senator, M. (Berlin) 309
 Siebelt (Flinsberg) 64
 Singer, G. (Wien) 346
 Skaller, M. (Berlin) 265
 Soldin, M. (Berlin) 69
 Spaeth, F. (Hamburg) 31
 Spiro (Rostock) 293
 Spitzer, M. (Wien) 308
 Stappenbeck (Wesel) 7
 Steffen, L. (Badenweiler) 468
 Stehlik, A. (Graz) 187
 Steinheil (Stuttgart) 192
 Stenzel (Wittenberge) 325
 Stern, H. (New York) 123
 Stocker (Luzern) 420
 Strasser, A. (Wien) 143
 Strelitz, E. (Berlin) 374
 Stroné, F. (Ujvidék) 227
 v. Sury, K. (Basel) 351
 Svehla, K. 99

T.

Tarrasch, G. (Charlottenburg) 119
 Tausig, H. (Wien) 209
 Teske, H. (Plauen) 257
 Thalwitzer, F. (Kötzschenbroda) 423
 Theilhaber (München) 99
 Theiner, K. (Wien) 119
 Thiem, C. (Cottbus) 129
 Thomson, H. (Odessa) 3
 Tiegel, M. (Dortmund) 334
 Totsuka, R. (Wien) 224
 Trumpp (München) 454
 Tschernow 115

U.

Ulrich, A. (Zürich) 304
 Ullmann, K. (Preblau) 8
 Umber (Altona) 290
 Unger, E. (Berlin) 247
 Unna, W. (Berlin) 535
 Ury, H. (Charlottenburg) 123

V.

Vehling 357
 Veit, J. (Halle) 177
 v. d. Velden (Düsseldorf) 442
 Vitek, V. (Prag) 167
 Volland (Davos) 79, 501

W.

Walldorf (Münster) 447
 Wallerstein, J. F. (Köln) 566
 Walter, E. (Greifswald) 476

Ward (London) 262
 Wassermeyer (Kiel) 145
 Weber, F. (München) 460
 Weddige (Amelsbüren) 49
 Wederhake (Düsseldorf) 91
 Weil, Fr. (St. Blasien) 317
 Weiss, O. (Allenstein) 280
 Weissbart (München) 563
 Weisz, F. (Budapest) 60
 Wicherkiewicz (Krakau) 100
 Windscheid (Stötteritz) 51, 155
 Winternitz, L. (Wien) 149
 Wirth, K. (Wien) 4
 Wischnitz, A. (Berlin) 279
 Wolff-Eisner, A. (Berlin) 221
 Würtz, A. (Strassburg) 122
 Wunsch, M. (Berlin) 544

X.

Xylander (Dresden) 199

Z.

Zabludowski, A. (Moskau) 290
 Zangemeister 331
 v. Zeissl, M. (Wien) 490
 Zickgraf, G. (Bremerhaven) 506
 Zimmer (Berlin) 388
 Zingher, K. (Ebergassing) 149
 Zinn, W. (Berlin) 345
 Zinsser, F. (Köln) 385
 Zuelzer, G. (Berlin) 398
 v. Zumbusch, L. (Wien) 510

XIX.
Jahrgang.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

Einzelpreis 45 Pf.

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—
zuzüglich Porto.

№ 1.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Inhalts-Verzeichnis:

Anästhesie, Narkose. — Arthritis urica. — Blutungen. — Cystitis. —
Diphtherie. — Frakturen und Luxationen. — Neuralgien. — Rheuma-
tismen. — Syphilis. — Tuberkulose. — Tumoren. — Typhus. — Ulcus
ventriculi. — Vitia cordis. — Vermischtes. — Bücherschau.

Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzenweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. \approx Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2–6 Tabletten täglich. \approx Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzenweiß gebundenes J \approx Literatur und Proben kostenfrei.

Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz

CARL SALLMANN IN LEIPZIG.

Digitized by

Google

1000

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Interne Therapie der Gonorrhoe

THYRESOL

(Santalolmethylaether)

vollkommen reizlos, tadellos bekömmlich.

Spaltet im Körper kein freies Santalol ab,
daher ohne schädigende Wirkung auf Darm
und Nieren, beseitigt prompt subjektive Be-
schwerden, beschränkt entzündliche Erschei-
nungen und eitrige Sekretion, klärt den
trüben Urin und verhindert Komplikationen.

Verordnung: flüssig in Tropfflacon à 10 g } „Originalp.-Bayer“
Gelatine-Perlen, à 0,25 g Nr. XXX }
und bes.

Neu! **THYRESOL-TABLETTEN** Neu!

à 0,25 g Nr. XXX „Originalp.-Bayer“
(mit Magnes. carbonic. zur gleichzeitigen Regelung der Darmfunktion).

Die therapeutischen Erfolge

der „Kaiser-Friedrich-Quelle“, Offenbach a. Main,
bei Gicht und harnsaurer Diathese beruhen wesent-
lich auf dem hohen Gehalt an Lithium. Künstlicher
Zusatz von Lithiumverbindungen zu anderen Mineral-
wässern sind unwirksam wegen der Unmöglichkeit,
in der Lösung gleiche oder ähnliche Assoziationen
der einzelnen Atomkomplexe in Ionen herbeizu-
führen. Nur die natürliche Quelle, also für Gicht
und harnsaure Diathese vorzugsweise die „Kaiser-
Friedrich-Quelle“, ist ein wirkliches Heilmittel, da
sie in bezug auf Lithiumgehalt im Verein mit ihrer
sonstigen Beschaffenheit unbestritten an erster
Stelle steht.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die
Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

Das Problem der rationellen Phosphorthherapie ist erst durch die Entdeckung des Phytin gelöst worden.

PHYTIN

Stoffwechsel und Appetit, anregend, blutbildend, das Körpergewicht erhöhend, Nerven stärkend.

Natürliches Kräftigungsmittel.

Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze.

Aus Pflanzensamen hergestelltes, vollständig definiertes organisches Phosphorprinzip. Enthält 22,8% organisch gebundenen Phosphor in vollkommen assimilierbarer ungiftiger Form.

Rp. 1 Originalschachtel Phytin-Kapseln M.2,80.

PHYTIN LIQUIDUM.

Für weniger Bemittelte u. Kassenpatienten.
Rp. PHYTIN liq. 1 Originalglas (zirka 6 Tage reichend) M. 1,20.

FORTOSSAN. Phytin-Milchzucker-Präparat für Säuglinge und Kinder unter 2 Jahren.

CHININPHYTIN vereinigt die spezifische Chininwirkung mit der roborierenden des Phytin. ::

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz der versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze zu Trinkkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

Dr. Ernst Sandow's Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20, 30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarthal. u. entzündl. Augenerkrankungen, sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.

Tannismut

Doppeltgerbsaures Wismut.
Sehr wirksames, leicht zu
nehmendes, billiges Darm-
adstringens. Verbindet Wismut- und Tanninwirkung.

Gastrosan

Doppelsalicylsaures Wismut.
Vortreffliche Wirkung bei ab-
normen Gärungs- und Fäul-
niserscheinungen im Magendarmkanal mit ihren Folgezuständen,
bei Hypersekretionsbeschwerden und bei Katarrhen der Magen-
und Darmschleimhaut.

Unguentum Heyden

Zu diskreten Quecksilber-
schmierkuren; besonders ge-
eignet für Frauen, Kinder
und Zwischenkuren. Färbt
weder Haut noch Wäsche.
Tagesdosis 6 g.

Salit

Schnell schmerzstillendes und
heilendes Einreibemittel bei
Rheumatosen. Salit wird un-
verdünnt von der Haut getragen.

Collargol

Vollwertiger, ganz ungefähr-
licher Ersatz für Höllenstein
bei allen infektiösen Er-
krankungen des Auges, der Blase und Urethra, des Rachens und
Kehlkopfs, der Nase mit Nebenhöhlen.

Hetralin

Harn- und Blasendesinfiziens
von unerreichter azidifizie-
render Wirkung auf den Harn.

Acoin-Öl: (Sol. oleos. Acoini bas.). Bewirkt anhaltende
Schmerzlosigkeit bei schmerzhaften Augen-
leiden. Beseitigt Lichtscheu und krampfhaften Lidverschluß.
Keine Akkommodationstörung.

Ichthynat: Ammonium ichthynatum Heyden, aus
Tiroler Fischkohle, viel billiger als Ichthyol.

Proben und Literatur kostenfrei.

(Man bittet bei Bestellung um Angabe der Anzeigen-Nummer: 10 D.)

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

(Unsere Präparate sind im Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin, ausgestellt.)

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Oktober

XIX. Jahrgang

1909

Anästhesie, Narkose. Ueber schmerzlose Damмнаht

schreibt Privatdozent Dr. Mathes (Graz): „Die Erfüllung des Wunsches, die normale Geburt schmerzlos zu gestalten, liegt trotz eifriger Bemühungen augenscheinlich noch in weiter Ferne. Nicht minder bedeutsam aber scheint mir die Frage, der Frischentbundenen die Wohltat der A. bei der Naht eines Dammrisses zuteil werden zu lassen. Jeder Frau und wohl auch jedem Arzte wird die Vorstellung peinlich sein, nach glücklich beendeter Geburt, dann, „wenn alles vorüber ist“ und die Wöchnerin sich nach Ruhe sehnt, eine gewöhnlich höchst schmerzhaftes Prozedur vorzunehmen, wie es schliesslich doch jede Damмнаht ist. Es ist ein wohl allgemein gültiges Gesetz, dass Schmerzen, die ohne Zutun von aussen im Körper entstehen, ungleich leichter ertragen werden, als solche, die einem ein anderer bewusst zufügt. Wenn manche Frau den Geburtsschmerz als unabänderlich willig erträgt, wird es wohl kaum eine geben, die bei der Naht eines Dammrisses nicht jammert und Abwehrbewegungen macht. Während die Furcht vor Steigerung des Schmerzes früher keine Rolle gespielt hat, weiss sie jetzt nicht, wie weit das gehen wird, was ihr der Arzt im Ertragen von Schmerzen noch zumuten wird. Das passive Dulden muss nun durch eine beträchtliche Willensanstrengung, still zu halten, ergänzt, die Furcht muss überwunden werden. Aus diesen Ueberlegungen bediene ich mich seit längerer Zeit beim Nähen von Dammrissen der Lokalanästhesie in der Form der Leitungsanästhesie nach Braun. Ich benütze dazu

folgenden kleinen Apparat, der in der Geburtstasche leicht unterzubringen ist: Eine 2 ccm fassende Spritze mit winkelig gebogenem Ansatzstück, an das der etwa 6 cm lange Spritzenstachel mit Bajonettverschluss angesteckt wird. Ein Röhrchen mit Novokain-Suprarenin-Tabletten A (Höchster Farbwerke) mit 0,125 Novokain und 0,00016 Suprarenin. Ein Präparatenglas mit 25 ccm Inhalt, das in folgender Weise zugerichtet wird: Zwischen dem geschliffenen breiten Rande des Glases und dem scheibenförmigen Glasdeckel befindet sich eine ringförmige 2 mm dicke Gummischeibe, die man sich in der Grösse des Deckels aus einem Stück Gummiplatte so ausschneidet, dass an einer Stelle eine vorspringende Lasche über den Rand des Deckels vorsteht; die Breite des Ringes beträgt etwa 6 mm. Das Gefäss wird mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt, der Ring aufgelegt und der Deckel mit einer federnden Klammer an das Gefäss angepresst. Das Ganze wird in einen Topf warmen Wassers gestellt, dieses zum Kochen gebracht und $\frac{1}{2}$ Stunde im Kochen erhalten. Nach der langsamen Abkühlung wird der Deckel durch den Luftdruck so fest an das Gefäss gepresst, dass man die Klammer abnehmen und das Gefäss in jeder Lage transportieren kann. Ein Vorrat von drei solchen Gefässen wird jedem noch so beschäftigten Geburtshelfer genügen. Zum Gebrauche wird an der vorstehenden Lasche so lange gezogen, bis der innere Rand des Gummiringes zum Vorschein kommt und Luft zischend in das Glas einströmt; der Deckel lässt sich dann leicht abheben. In der Flüssigkeit wird eine Tablette gelöst. Der Stachel der gefüllten Spritze wird von der Vaginalhaut, die ja nicht schmerzempfindlich ist, links und rechts von den Wundrändern, etwa 1 cm davon entfernt, eingestochen und die Wunde von der Basis aus bis hinauf an den Hautrand ausgiebig infiltriert, ohne dass jedoch das Gewebe die ‚Wassergurkenkonsistenz‘ anzunehmen braucht, wie sie Schleich für seine A. verlangt. Grundbedingung für die Schmerzlosigkeit der Naht ist, dass man nach der Injektion mindestens fünf Minuten zuwartet. Es ist eine angenehme Beigabe dieses Verfahrens, dass sich die aufgeschwemmten Wundränder leichter aneinander legen lassen als sonst und dass die Blutung aus der Wunde fast augenblicklich steht. Die Orientierung ist dann in der trockenen, blassen Wunde ganz wunderbar erleichtert.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 28.)

— **Eine Maske für die Allgemeinnarkose** empfiehlt Priv.-Doz. Dr. H. Thomson (Odessa). Sie ist ein Mittelding zwischen der Julliardschen Maske, wo der Pat. zu wenig Luft bekommt, und der Schimmelbuschschen, wo der Kranke zu viel Luft erhält und daher mitunter eine Aethernarkose schwer erreicht wird. Autor ist mit den Resultaten der Anwendung dieser Maske, welche er hauptsächlich für die Aethernarkose, aber auch zur Chloroformnarkose verwendet, sehr zufrieden. Die einfache Vorrichtung*) besteht aus zwei Masken. Die äussere, grössere Maske ist mit Wachstuch bedeckt und hat oben eine trichterförmige Oeffnung, durch welche Aether auf die untere oder innere, mit einer ziemlich dicken Schicht Marly bedeckte, gewöhnliche Schimmelbuschsche Maske geträufelt wird. Beide Masken sind durch ein Scharniergelenk miteinander verbunden, und das Wachstuch der grossen Maske überragt um einige Zentimeter den Rand der Maske, um den Luftabschluss beim Aufliegen auf dem Gesichte zu sichern. Dank dieser Einrichtung verdunstet der Aether in den Raum zwischen den beiden Masken, und der Kranke atmet eine mehr oder weniger gleichmässig mit Aetherdämpfen gesättigte Luft ein. Die N. tritt schneller ein, und die erforderliche Aethermenge ist bedeutend geringer als bei Anwendung der Schimmelbuschschen Maske. Nach der Betäubung sind häufig nur ganz vereinzelte Tropfen zur Erhaltung der Anästhesie erforderlich. Für die N. bei kleineren Operationen, z. B. Abrasio uteri, genügen oft ca. 20,0 Aether, bei grösseren Operationen 100,0 und mehr, im allgemeinen aber wesentlich, etwa um die Hälfte, weniger als beim Gebrauch der Schimmelbuschschen Maske. Da aber die Kranken tatsächlich weniger von dem Narkosenmittel einatmen, so erwachen sie schneller und das nachfolgende Erbrechen ist seltener und weniger anhaltend. Diese Doppelmaske ist auch für die Chloroformnarkose gut verwendbar, wobei der Chloroformverbrauch sehr gering ist. In der Seitenlage des Kranken ist die Zuführung des Narkosenmittels durch die trichterförmige Oeffnung natürlich nicht möglich. In solchen Fällen kann man diese Oeffnung z. B. mit einem Wattebausch schliessen und in dem Seitenteile des Wachstuches der oberen Maske eine neue Oeffnung improvisieren.

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1909 Nr. 31.)

*) Dieselbe wird von der Firma A. Herms, Medizinisches Warenhaus, Odessa, geliefert.

Arthritis urica. Uricedin Stroschein ist schon seit vielen

Jahren mit bestem Erfolge von einzelnen Aerzten benutzt worden, wird aber noch zu wenig in der Praxis gewürdigt. Die guten Erfolge, die ich zurzeit bei mir beobachte, veranlassen mich, wieder auf das Präparat aufmerksam zu machen. Als sich vor einigen Monaten bei mir gichtische Symptome zu zeigen begannen und zugleich sich Harngries vorfand, griff ich zu Uricedin. Nach kurzer Zeit waren alle Krankheitserscheinungen verschwunden. Als ich kürzlich 14 Tage das Mittel, das ich bis dahin regelmässig weiter genommen, aussetzte, stellten sich die früheren Beschwerden wieder ein, um nach abermaliger Uricedinkur sehr bald zu verschwinden. Dr. E. Graetzer.

Blutungen. Serumanwendung bei Blutungen empfiehlt Dr.

K. Wirth auf Grund der damit im Allgemeinen Krankenhause in Wien gemachten Erfahrungen. Diese beziehen sich auf sieben Fälle, und zwar 1. eine Nachblutung aus der Tonsille nach Tonsillektomie, 2. eine schwere Nasenblutung bei einem Arteriosklerotiker, 3. vier Fälle von Hämoptoe bei Phthisis pulmonum. Das benutzte Pferdeserum stammte aus dem Wiener serotherapeutischen Institut, von Pferden, welche zur Gewinnung antitoxischer Sera in Verwendung stehen, aber noch nicht geimpft waren; es war in Fläschchen von je 20 ccm steril verpackt. Mit einer 20—25 ccm fassenden Spritze wurden 20 ccm Serum subkutan in die Oberschenkel oder Bauchmuskeln injiziert, die Stelle dann leicht massiert und mit Dermatol-gaze und Heftpflaster die Stichöffnung abgeschlossen. Ueble Zufälle kamen nie vor, und der Erfolg war in allen sieben Fällen ein prompter. Meist genügte eine einzige Injektion, um die Blutung rasch und dauernd zum Stillstand zu bringen, wobei es teilweise Fälle waren, wo mit den bisher üblichen Methoden nichts erreicht werden konnte. Allerdings wurde das Serum da, wo die blutenden Stellen zugänglich waren, daneben auch lokal angewendet, indem ein in Serum getauchter Tampon appliziert wurde.

(Wiener med. Wochenschr. 1909 Nr. 3.)

— **Ueber Adrenalininjektion zur Vermeidung der Blutung bei Entfernung von Placentaresten nach Abort** schreibt Dr. Otto Grasser (Hermannstadt): Der wiederholte Hinweis auf das Adrenalin in der geburtshilflichen Praxis veranlasst mich, auf eine Anwendungsweise aufmerksam

zu machen, die ich nirgends¹ erwähnt finde. Seit ca. drei Jahren hatte ich häufig Gelegenheit, Adrenalininjektionen in die Portio bzw. Cervix uteri zu verwenden, um bei Ausräumung von zurückgebliebenen Placentaresten eine unerwünschte Blutung zu vermeiden. Die ausgezeichnete Wirkung des Adrenalins hatte ich bei einer fast vollkommen ausgebluteten Frau nach Abortus kennen gelernt. Von zwei Kollegen frühmorgens zu einer Frau gerufen, bei der am Abend vorher die Frucht und später in Narkose manuell die Nachgeburt entfernt worden war — es handelte sich um eine 36jährige Mehrgebärende —, war es trotz Scheidentamponade, wiederholten Ergotin-injektionen usw. nicht gelungen, die Blutung zum Stehen zu bringen. Die Pat. hatte während der Nacht einige Ohnmachtsanfälle, anämische Krämpfe stellten sich ein, trotz Kampfer-Aetherinjektionen, Kognak und anderen Stimulantien war der Radialis puls nicht mehr zu fühlen, in der Scheide hinter dem Tampon war eine grössere Menge koagulierten Blutes vorhanden. Während eines neuerlichen Ohnmachtsanfalles tamponierte ich den Uterus mit Jodoformgazestreifen, die in 100 g physiologischer Kochsalzlösung, der 30 bis 40 Tropfen Adrenalinlösung 1% zugesetzt worden war, getränkt und nur wenig ausgedrückt wurden. Die Tamponade blieb zwei Stunden liegen; inzwischen erhielt die Pat. 2 l physiologischer Kochsalzlösung subkutan injiziert. Nach Entfernung der Tamponade war ich geradezu entsetzt über die Wirkung des Adrenalins und fürchtete, die Frau geschädigt zu haben. Die Portio war vollkommen weiss, blutleer, wie totes Gewebe, und hart. Beim Fassen der Portio mittels Kugelzange blutete es nicht und beim Ausschaben mit dem grossen, nicht scharfrandigen Uteruslöffel — von fast einem Durchmesser eines gewöhnlichen Kaffeelöffels — blutete es gleichfalls nicht, sondern es entleerte sich, nebst den zurückgebliebenen Placentaresten, nur eine schmutzigbraune Flüssigkeit in geringer Menge. — Die ausserordentliche Wirkung des Adrenalins war mir um so auffälliger, als ich bei derselben Frau ca. ein Jahr früher, wieder bei Entfernung von Placentaresten, eine sehr beträchtliche B. erlebt hatte, die erst nach gründlicher Ausschabung aller Reste zum Stehen gebracht werden konnte. Durch den weiteren Verlauf, der ein vollkommen glatter war, ermutigt, wandte ich nun in Fällen, wo nach Abortus bei Ausräumung der zurückgebliebenen Placenta und Placentaresten eine stärkere B. zu erwarten stand, d. h. bei Frauen,

die schon viel Blut vorher verloren hatten, in Fällen, wo man beim Anfassen mit der Kugelzange sieht, dass schon die geringfügige Verletzung zu B. Anlass gibt, weil die Kontraktionsfähigkeit der Blutgefässe gelitten hat, eine Adrenalininjektion (2—3 Tropfen Adrenalinlösung 1‰ auf 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung oder 1‰ige Kokainlösung) in die Portio ein. Nach ca. zehn Minuten tritt die Adrenalinwirkung ein. Die Portio wird blass, blutleer, der Uterus kontrahiert sich, der Muttermund bleibt genügend durchgängig. Nach digitaler Austastung, event. auch Ausräumung der Uterushöhle kann, falls es noch erwünscht, die Auskratzung in aller Ruhe vorgenommen werden, da die B. sehr geringfügig, häufig fast Null ist, und man infolge der Starrheit des Uterus, die sich dem Gefühl und Gehör kundtut, beim Ausschaben das Gefühl der vollkommenen Sicherheit behält und daher eine Perforation nur bei sehr brüskem Vorgehen zustande kommen dürfte. Was übrigens die Perforationsfrage anlangt, so habe ich es erlebt, dass ein Kollege mit dem Finger den graviden Uterus bei Ausräumung von Placentaresten post abortum perforierte. Kein Instrument ist daher für eine Perforation verantwortlich zu machen und dürfte dieselbe äusserst selten zustande kommen, wenn der Operateur mit genügender Aufmerksamkeit, nach vorhergehender Orientierung über die Uterusverhältnisse, sein wie immer genanntes Instrument handhabt. Mehr als vier Tropfen Adrenalinlösung 1‰ dürfen nicht injiziert werden, da ich in zwei Fällen, bei denen ich diese Dosis überschritten hatte, einen teilweisen Ausfall der Cervixschleimhaut erlebte. Eine Injektion von 1 ccm einer 1‰igen oder 2 ccm einer $\frac{1}{2}$ ‰igen Kokainlösung mit drei Tropfen Adrenalinzusatz werden gut vertragen und rufen keinerlei Beschwerden, Uebelkeit usw. hervor. Ich glaube auch annehmen zu dürfen, dass eine individuell verschiedene, grössere oder geringgradigere Anästhesie eintritt. Immerhin kann man meistens bei der Ausschabung des Uterus von einer Allgemeinnarkose absehen. Die Anästhesie nach Kokain-Adrenalininjektion war bei Auskratzung nach Abortus stets eine bessere als bei Auskratzung wegen Endometritis. Technik: Desinfektion der Scheide. Einstellen der Portio mittels hinterem Sims'schen Spekulum. Anhaken der Portio, leichtes Vorziehen des Uterus. Injektion von 1 ccm einer 1‰igen oder 2 ccm einer $\frac{1}{2}$ ‰igen Kokainlösung, der man drei Tropfen Adrenalinlösung 1‰ zusetzt, rechts und links,

event. auch vorn und hinten in die Portio vaginalis 1—2 cm tief ins Gewebe hinein. Entfernen der Kugelzange und des Spekulum, mindestens zehn Minuten abwarten. Während dieser Zeit kann das Rasieren und Desinfizieren der äusseren Geschlechtsteile und Umgebung vorgenommen, können die Instrumente bereitgestellt werden. Eine schädliche Wirkung der Adrenalininjektionen in der angegebenen Verdünnung konnte ich nicht nachweisen, hingegen fast stets eine ausserordentlich blutsparende. Nachblutungen sind nicht vorgekommen.

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1909 Nr. 25.)

- Ueber eine neue **Gefässklemme**, welche die Ligatur überflüssig macht, berichtet Oberarzt Dr. Stappenbeck (Wesel). Das von Oberveterinär Blunk konstruierte Instrument erfüllt seinen Zweck, die Blutstillung ohne Unterbindung der Gefässe, wodurch Zeitersparnis und Ausschaltung der Infektionsmöglichkeit durch Ligaturfäden gewährleistet werden, sehr gut. Es ist einer enganschliessenden stumpfen Schere zu vergleichen, deren Branchen an der Spitze zum Halbkreis umgebogen und leicht gezähnt sind. Das Gefäss wird mit der gezähnten Seite der Branchen erfasst und zwischen die beiden eine Ausdehnung von 2—3 mm eng aneinander vorübergleitenden Branchen eingeklemmt. Die stumpfen Ränder durchschneiden nicht die Externa, wohl aber Intima und Media und rollen letztere nach beiden Seiten hin (zentrifugal- und zentripetalwärts) so weit nach innen auf, wie sie eben aneinander vorübergleiten. Durch die aufgerollten Innenhäute wird ein sicherer Verschluss des Gefässes bewirkt. Bei einem durchschnittenen blutenden Gefässe verfährt man also genau wie mit einer beliebigen Gefässklemme, lässt das Instrument einige Sekunden liegen und öffnet es vorsichtig. Es ist nicht nötig, das Gefäss zu isolieren; mitgefasstes Gewebe beeinträchtigt die Wirkung nicht. Bei freiliegenden Gefässen ist Stappenbeck so verfahren, dass er zwei Klemmen löste; der Abstand der Klemmen voneinander betrug 1 cm. Das Instrument wird vertrieben von Rud. Blunk in Hamburg.

(Illustrierte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik, Dezember 1908.)

- **Beim Bluthusten der Phthisiker** gibt Ob.-A. Dr. F. Reiche (Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf) jetzt *Calciumchlorid* und hat bisher an über 400 Fällen Erfahrungen darüber gesammelt. Das Mittel hat sich oft als wirksam

erwiesen, nicht selten auch versagt. Im grossen und ganzen hat aber Autor den Eindruck empfangen, dass diese Therapie zielsicher ist. Er verordnete anfangs Tagesquanten von 1 g in drei Gaben, später stieg er auf Dosen von 4 g, die einmal, eventuell auch zweimal pro Tag gegeben wurden. Das Mittel schmeckt schlecht, doch lässt sich der Geschmack mit Pfefferminzsirup oder Succ. Liquir. überdecken. Man schreibe die Verordnung genau, damit nicht Verwechslungen mit der ätzenden Calcaria chlorata entstehen. Ein grosser Vorteil ist, dass das Mittel mit den übrigen bei Haemoptoe bewährten Arzneistoffen, wie Morphinum und Digitalis, sich kombinieren lässt.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1909 Nr. 15.)

Cystitis. Ueber ein gutes Adjuvans bei der Behandlung

der C. schreibt Dr. R. Ullmann (Preblau): Als leitender Arzt des Bades Preblau, das von Cystitikern verschiedenster Art aufgesucht wird, hatte ich Gelegenheit, sowohl bei einfacher wie bei gonorrhöischer C., ferner bei verschiedenen Komplikationen derselben, wie Urethrocystitis und bei Pyelitis, neben Trinkkuren und lokalen Massnahmen die verschiedenen internen Mittel anzuwenden. Keines derselben befriedigte mich so recht; teils war die Wirkung nur eine einseitige, antiseptische (Urotropin) oder nur schmerzstillende und sekretionsbeschränkende (Balsamika), teils handelte es sich um Idiosynkrasien oder um Reizungserscheinungen des Magens und der Nieren. Da es mir durchaus nicht als therapeutisches Ideal erschien, zur Beseitigung einer Krankheit eine andere zu erzeugen, die sogar noch schlimmer werden kann als die ursprüngliche, so ging ich von den genannten Mitteln ab und versuchte es mit dem Arhovin, das ich in Kapseln zu 0,25, je nach der Schwere des Falles, dreimal täglich 1—2 Stück nehmen liess. Die mit diesem Mittel erzielten Erfolge waren derart zufriedenstellend, dass ich in einer ganzen Reihe von Fällen von einer lokalen Behandlung mehr oder minder absehen konnte und mit allgemein hygienisch-diätetischen Massnahmen neben Arhovin-Darreichung vollkommen auskam. Was zunächst die Wirkung des Arhovins bei der unkomplizierten C. anbelangt, so beseitigt es durch Beruhigung der Blasennerven die vorhandenen Schmerzen und den Harndrang, vermindert die Sekretion, klärt den schleimig-eitrigen Harn bisweilen in wenigen Tagen, vermehrt seine Azidität und verleiht ihm eine die Entwicklung von Bakterien hemmende Eigenschaft, so dass er auf

die Blase reinigend und dem Eindringen des Entzündungsprozesses entgegenwirkt. Die Entzündungserscheinungen und die Entzündungserreger, sowohl Gonokokken als auch andere Bakterien, nehmen ab, so dass bei dieser Therapie Komplikationen zu den Seltenheiten gehören. Hartnäckige, veraltete Cystitiden bei Prostatikern, Strikturen usw., selbst mit ammoniakalischer Harnghährung, mit Arhovin behandelt, liessen gleichfalls dessen sedative Wirkung auf die Harnwege und seine anästhesierende Eigenschaft erkennen. Der stark getrübe Harn wurde auch in diesen Fällen gelegentlich geklärt und einer sauren Reaktion zugeführt. Bei komplizierten Fällen versuchte ich bei Urethrocystitis die von mehreren Seiten empfohlene kombinierte Arhovinbehandlung, indem ich neben interner Verabreichung von täglich 3—6 Arhovinkapseln Bacilli Arhovini in die Urethra, anfangs 4, dann 8 Stück, einführen liess. Sowohl die Urethritis als auch die C. wurden auf diese Weise günstig beeinflusst und mitunter einer völligen Heilung entgegengeführt. Auch hier konnte ich die anästhesierende und sekretionsbeschränkende Eigenschaft des Arhovins beobachten. Auch hier wurde der stark getrübe Harn geklärt; war seine Reaktion vorher eine neutrale oder alkalische, so wurde diese wiederholt in saure umgewandelt und damit eine weitere Zersetzung des Harns verhindert. Der Krankheitsverlauf selbst wurde im Vergleich zu den sonstigen üblichen Behandlungsmethoden abgekürzt. Bei Komplikationen der C. mit Entzündung des Nierenbeckens, bei Pyelonephritis versuchte ich das Arhovin gleichzeitig als Anästhetikum, und es gelang mir tatsächlich, auch bei den genannten Affektionen der oberen Harnwege die sehr heftigen Schmerzen recht günstig zu beeinflussen. Die Eiterung im Nierenbecken liess nach und die Diurese wurde gesteigert. Ich stehe demnach nicht an, nach meinen mit dem Arhovin gemachten Erfahrungen zu erklären, dass dieses ein ganz vorzügliches Unterstützungsmittel bei der Behandlung der verschiedensten Arten von Cystitiden und deren Komplikationen darstellt, das alle Vorzüge der Harn-Antiseptika und Balsamika besitzt, ohne dass aber unter Arhovingebrauch der Stoffwechsel und die Nieren leiden.

(Klinisch-therapeut. Wochenschrift 1909 Nr. 15.)

- Bei der Behandlung der **Pyelocystitis des Kindesalters** rät F. Göppert (Kattowitz), zunächst auf Durchspülung durch reichliche Flüssigkeitszufuhr grosses Gewicht zu legen; man gebe stets reichlich alkalische Wässer und Tee. Ist

ein schwerer Durstzustand eingetreten, so giesse man durch einen Katheter auf dem Nasenwege 150—200 g Karlsbader Mühlbrunnen (40—41° C) in den Magen. Bei weniger schweren Fällen soll man zwei- bis dreimal täglich $\frac{1}{2}$ l Karlsbader Wasser (38—40°) oder zur Hälfte verdünntes Kalkwasser per rectum eingeessen lassen. Von Medikamenten ist bei akuten Erscheinungen am meisten Salol zu empfehlen, das in Mengen von 0,05—0,2 am Tage fünf- bis achtmal verabfolgt wird (die kleinste Dose bei Kindern von zwei bis fünf Monaten, die grösste bei $1\frac{1}{2}$ - bis 3jährigen). Nach acht bis zehn Tagen, bei leichteren Fällen schon am sechsten Tage, wenn die Besserung schon mindestens vier Tage anhält, gehe man zu Urotropin über, das man zu 1 g pro die 14 Tage lang gibt. Als erstes Mittel empfiehlt sich Urotropin bei denjenigen Fällen, die erst im Zustand chronischen Siechtums in Behandlung treten. Als drittes Mittel ist Hippol zu nennen, das in einigen Fällen vortreffliche Wirkung äusserte. Es ist ausserdem noch zu empfehlen, zwei bis drei Tage lang 1— $1\frac{1}{2}$ g Hippol zu verabfolgen, wenn bei Beginn der Urotropinkur das Allgemeinbefinden sich wieder verschlechtert. Bei billigerem Preise (26 Pastillen à 1 g kosten 4 Mk.) würde Göppert es dem Urotropin meist vorziehen. Die arzneiliche Behandlung ist fortzusetzen, bis die Fiebererscheinungen mindestens 14 Tage geschwunden sind. Vorzuziehen ist jedoch, Urotropin resp. Hippol in kleineren Dosen nach einigen Wochen weiter zu geben. Jeder Rückfall zwingt zu einer erneuten Anwendung von Salol. Auch in den Fällen mit Blasensymptomen kommt man mit dieser Therapie meist zum Ziele.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 14.)

Diphtherie. Einen Beitrag zur Bolustherapie der Diphtherie

liefert Priv.-Doz. Dr. E. Küster (Hygien. Institut in Freiburg). Experimente zeigten, dass Bolus energisch auf Diphtherietoxin einwirkt und daher geeignet ist, bei lokaler Anwendung, d. h. bei innerlicher Verabreichung von Bolus-suspension einen günstigen Einfluss auf den Verlauf des Krankheitsprozesses auszuüben.

(Therapeutische Rundschau 1909 Nr. 14.)

- **Ueber intravenöse Injektion des Diphtherieserums** macht E. Schreiber (Altstätt. Krankenhaus in Magdeburg) Mitteilung. Er hat bei 20 schweren Fällen von D. das Serum intravenös injiziert; nur *ein* Kind ging am 13. Tage an Herzlähmung zugrunde. Autor nahm gleich grosse Dosen:

so wurden bei einem 1½-jährigen Kinde mit schwerer Nasendiphtherie auf einmal 6000 J.-E., bei einem fünfjährigen Kinde, das am zweiten Tage der Erkrankung in sehr bedrohlichem Zustande eingeliefert wurde, 10000 J.-E. injiziert, beide Male mit sehr gutem Erfolge. Der Temperaturabfall erfolgt dabei entschieden prompter als bei subkutaner Injektion, auch der Allgemeinzustand bessert sich erheblich schneller, wogegen die Abstossung der Membranen nicht wesentlich rascher vor sich geht.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 31.)

- **Ueber die subkutane Anwendung grosser Adrenalindosen in der Therapie diphtherischer Blutdrucksenkung** berichtet St.-A. Dr. Eckert (Univers.-Kinderklinik Berlin). Es wurde das Adrenalin der Höchster Farbwerke benützt, das eine 1‰ige Lösung des Suprarenin. hydrochloric. darstellt, und 3—4 mal täglich 2—3 ccm injiziert. Der Effekt war in der Regel ein prompter; es gelang, den unmessbar kleinen Blutdruck bis zu messbarer Höhe zu heben. Das Optimum der Wirkung, die etwa sieben Stunden anhielt, trat 1—2 Stunden nach der Injektion ein. Diese ist schmerzhaft, doch wird der Schmerz durch feuchte Umschläge beseitigt. Auch tritt Zuckerausscheidung ein (die grösste 1—2 Stunden nach der Injektion), die aber 14 Stunden nach der letzten Injektion endgültig verschwand. Diese Glykosurie ist nicht als Schädigung anzusehen, und man kann sagen, dass man bei Bekämpfung der diphtherischen Herzschwäche im Adrenalin ein wirksames und unschädliches Mittel besitzt, das auch längere Zeit fortgegeben werden kann und selbst bei schwersten Graden der Intoxikation nicht versagt.

(Therap. Monatshfte, August 1909.)

- **Akute zerebrale Ataxie im Verlaufe einer D.** sah Dr. M. Brückner (Kinderheilanst. zu Dresden). Ein bisher gesundes Kind bekommt im Verlaufe einer mit mässiger Kehlkopfstenose, aber ohne toxische Erscheinungen einhergehenden D. eine Nervenstörung, welche vollständig aus dem Rahmen dessen herausfällt, was man sonst zu sehen gewohnt ist. In der zweiten Krankheitswoche entwickelt sich rasch eine leichte Störung der Intelligenz, eine ausserordentlich hochgradige motorische und statische Ataxie bei Abwesenheit von Lähmungen und Sensibilitätsstörungen, sowie eine Sprachstörung, charakterisiert durch Klanglosigkeit und Monotonie, Verlangsamung und explosionsartiges Hervor-

stossen der Silben. Im weiteren Verlauf der Krankheit stellt sich eine vorübergehende Blasen- und Mastdarm-lähmung ein. Nach mehrmonatlichem Bestand tritt allmählich fast vollständige Heilung ein. Die Patellarreflexe waren im Beginn der Erkrankung gesteigert, während des späteren Verlaufes stets deutlich vorhanden. — Dies Krankheitsbild stellt einen Symptomenkomplex dar, den zuerst Westphal, danach Leyden geschildert hat unter dem Namen „akute zerebrale Ataxie“. Als anatomische Grundlage nimmt Leyden eine Encephalomyelitis disseminata mit besonderer Beteiligung der Brücke des Kleinhirns und der Medulla oblongata an. Leyden scheidet diesen Symptomenkomplex streng von einem ähnlichen, der peripheren akuten Ataxie oder Pseudotabes, d. h. der peripheren Polyneuritis mit begleitenden, rasch sich entwickelnden Koordinationsstörungen. Diese ist nach D. öfter beobachtet worden, während obige Affektion enorm selten ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 34.)

Frakturen und Luxationen. Ein neuer einfacher

Verband für die Luxatio clavicularis supraacromialis wird von Dr. Egon Hartung (Berlin) angegeben: Das Wesen und der Erfolg des Verbandes beruht einmal darauf, dass das Gewicht des Arms der kranken Seite sowie der Hand und des Vorderarms als längerer Hebelarm benützt wird, um das akromiale Ende der Klavikula an richtiger Stelle zu erhalten, dann, dass die Entfernung der Articulatio claviculae acromialis bis zum Olekranon bei Elevation des Arms eine geringere ist als bei gesenktem Arm. Assistenz ist zunächst dieselbe wie beim Schlüsselbeinbruch, d. h. Schulter wird nach hinten und oben gehalten, dazu wird noch der Arm der kranken Seite in rechtwinkliger Stellung und in Elevation gehalten und auf das luxierte Schlüsselbein ein Druck ausgeübt. Ein langer und gut breiter amerikanischer Heftpflasterstreifen geht von der Hüfte oder Nierengegend der gesunden Seite über die Stelle der Luxation, an welcher noch ein Wattebausch, Pelotte oder ähnliches auf dem luxierten Schlüsselbeinende angebracht wird. Dann begibt sich der Streifen, welcher straff angezogen wird, bei eleviertem und rechtwinklig gebogenem Arm um Olekranon und Anfangsteil des Vorderarms und zurück umgeschlagen über Akromion nach der gesunden Hüfte neben seinem Anfangsteil. Lässt man nun den elevierten Arm senken (die rechtwinklige Stellung des Vorderarms bleibt), so bewirkt die blosse Schwere des

Arms die dauernde Reposition der Verrenkung. Anlegung einer kleinen Mitella, welche nicht straff angezogen wird, da Hand und Vorderarm zugleich als längerer Hebelarm einen Zug ausüben sollen. Dies ist der Verband in seiner einfachsten Form. Man kann durch Einlage gummidichter Polsterungen an der dem Druck besonders ausgesetzten Stelle, z. B. Olekranon usw., irgendwelche Verbesserungen anbringen, im wesentlichen wird aber ihre Wirkungsweise auf dem geschilderten Prinzip beruhen.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 17.)

- Einen **Gipsverbandfensterer für komplizierte F.** hat Dr. A. Loewy konstruiert und in d. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstriert (16. IV. 09). Der Apparat besteht aus einer einfachen Grundkapsel, die ein abnehmbarer Ring umschliesst; zwischen den Ring und die Grundkapsel lässt sich eine in Teile zerlegbare Mantalkapsel einschieben. Auf die lege artis versorgte Wunde der komplizierten Fraktur (respektive auf das gereinigte und mit Salbenverband bedeckte Ulcus cruris) wird der Fensterer mit dem geschweiften Rand nach unten gestülpt, mit einer Calicotbinde provisorisch befestigt, und nun wird der Gipsverband einfach an die Extremität in der Weise angelegt, dass die Touren der Gipsbinde dem Apparat zwar ausweichen, sich aber mit ihrem Rande an den Apparat anlehnen. Wenn der Verband einigermassen gehärtet ist, wird vorerst die Grundkapsel, dann der Ring und zum Schlusse die Teile mit Leichtigkeit entfernt. An Stelle des Apparates bleibt ein geräumiges rundes oder ovales Fenster.

(Wiener med. Wochenschrift 1909 Nr. 21.)

- Zur **Erleichterung der Anlegung von Fenstern in Gipsverbänden** weist Dr. H. Goder (Lissa i. P.) auf eine einfache Methode hin, die sich ihm seit Jahren als einfach und praktisch bewährt hat. Nachdem der einzugipsende Körperteil mit Trikot- oder Mullbinden umwickelt ist, werden vier Gilgische Drahtsägen auf die zu fensternde Stelle so aufgelegt, dass sie sich annähernd rechtwinklig kreuzen. An den Kreuzungspunkten werden die Drahtsägen nach aussen umgebogen und von einem Assistenten so lange fixiert, bis die darübergelegten Touren der Gipsbinde die Drahtsägen von selbst halten. Sobald der Gipsverband in der üblichen Weise vollendet und hart geworden ist, werden die Handgriffe in die Oesen eingefügt und jeder Draht einzeln leicht herausgesägt. In dem so

entstandenen Fenster wird der Trikot oder die Mullbinde mit einer Schere \times förmig aufgeschnitten und die freien Enden über die Gipsränder nach aussen umgelegt und mit einer Stärke- oder Wasserglasbinde am Gipsverband fixiert, um ein Abkrümeln des Gipses in das Fenster zu verhindern. So lässt sich mühelos ein Fenster in jedem Gipsverband genau an der gewünschten Stelle und in jeder erforderlichen Grösse anlegen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 30.)

Neuralgien. Ueber Mastodynie lässt sich Dr. M. Samuel

(Köln) aus. Seinen Darlegungen entnehmen wir folgende Abschnitte: „Wenn wir die Mastodynie als eine Neuralgie auffassen, so dürfen nur solche Erkrankungen unter diesen Begriff fallen, welche die typischen Merkmale einer Neuralgie haben. Dazu gehört zunächst das anfallsweise Auftreten dieser Schmerzen und sodann die Forderung, dass der Schmerz sich an das anatomische Ausbreitungsgebiet einer sensiblen Nervenbahn hält. Zudem scheinen auch die ‚Nervenzpunkte‘ als Kennzeichen mit verwertet werden zu müssen. Neuralgie bedeutet ja stets nur ein Symptom, und es gelingt erst dann, rationelle Therapie zu treiben, wenn die Ursachen des Krankheitssymptoms ergründet sind. Am meisten verbreitet ist wohl eine Mastodynie rein ovariellen Ursprungs, wie wir sie besonders bei neuropathischen Frauen antreffen. Was mich veranlasst, die häufigste Art der Mastodynie auf eine vom Ovarium ausgehende Ursache zurückzuführen, sollen die folgenden Ausführungen ergeben. Ein so erfahrener Arzt wie Terillon (Progrès médicale 1886) erwähnt, abgesehen von den durch Tumoren veranlassten Mastodynien, bei seinen sämtlichen Krankheitsfällen, dass stets die Mastodynie zur Zeit der Menstruation auftrat oder in dieser Zeit exazerbierte. Dieser Ansicht sind auch die meisten anderen Autoren. Es fiel mir nun bei allen Kranken meiner Beobachtungsreihe gleichfalls auf, wie exakt sich der Einfluss der Menstruation zeigte. Handelte es sich um Mastodynie während der Schwangerschaft, so wurden jedesmal die Schmerzen viel stärker zur Zeit der fehlenden Menstruation. Bei Frauen im Klimakterium zeigten sich die Schmerzanfälle immer dann, wenn ebenfalls eine menstruelle Blutung erfolgen sollte, und schliesslich habe ich auch die Mastodynie in der Pubertät auftreten sehen in einem etwa vierwöchentlichen Wechsel. Eine Beziehung der weiblichen Geschlechtsorgane zur Brustdrüse benutzen

wir häufig bei der Frühdiagnose der Schwangerschaft; wir fragen, ob die Brüste stärker und praller geworden sind, und versuchen, etwas Kolostrum herauszudrücken. Wie wir diese Einwirkung der Genitalsphäre auf die Brustdrüse bezeichnen wollen, sei es mit physiologischem Reiz oder innerer Sekretion, wird gleichgültig bleiben. Eine Einwirkung ist sicher, und es ist der Gedanke naheliegend, dass ein physiologischer Reiz bei einer neuropathischen Frau pathologisch empfunden werden kann. Auch bei der Periode kennen wir eine Einwirkung auf die Brustdrüsen, denn es ist einwandfrei beobachtet, dass die Brustdrüsen mancher Frauen dann straffer und fester werden, ja sich vergrössern durch eine leichte Schwellung. Ueberschreitet der 'physiologische Reiz' von seiten der inneren Sekretion der Ovarien also die normalen Grenzen, oder trifft er die Brustdrüsen einer an und für sich schon neuropathischen Frau, so kann hier eine Neuralgie ausgelöst werden. Um eine Analogie auf einem anderen Gebiete anzuführen, möchte ich bemerken, wie oft bei gewissen Vergiftungen bestimmte Nerven befallen werden. So kennen wir die Bleivergiftung als ätiologisch für hartnäckige Neuralgien des N. radialis, und bei der Malaria sehen wir speziell den Supraorbitalnerv erkranken. Während wir aber bei diesen Vergiftungen die Schädlichkeiten kennen, um sie gänzlich beseitigen zu können, muss leider bezüglich der Mastodynie erklärt werden, dass wir das treibende Agens noch nicht ausfindig gemacht haben. Indes mit der Erkennung dieser Sachlage ist doch eine Handhabe gewonnen, die Therapie richtig zu gestalten; und wie die Praxis zeigte, war der von mir beschrittene Weg ein guter, denn ich habe die Mastodynie, welche ich zu den ovariogenen zählte, schnell heilen können. Die Therapie war kurz folgende: Allgemeinbehandlung der Nervosität nach den üblichen Grundsätzen, Sorge für eine intensive körperliche Tätigkeit und vor allem Ruhigstellen und Elevation der Brustdrüse bei Tag und Nacht ohne jede Kompression mittels einer besonderen Brustbinde. Auf diese Brustbinde lege ich deshalb so grossen Wert, weil sie bei richtigem Sitze in allen Fällen sofortige Erleichterung geschaffen hat. Die Binde muss die Brust so halten, wie wir es uns am besten veranschaulichen, wenn wir die Brustdrüse in die Hohlhand nehmen und hierbei nach der entgegengesetzten Seite elevieren. Es kann dann kein Druck auf das Drüsengewebe erfolgen, und die ganze Brust wird in ihrer natürlichen Lage ohne

jede Kompression hochgehalten. Hierzu dient ein Jäckchen mit Einsätzen vorne, welche in ihrer Grösse genau nach der Brustdrüse gearbeitet sind. An diesen Einsätzen sind breite, vorn und auf dem Rücken sich kreuzende Bänder so befestigt, dass sie in der Taille verknüpft werden können. Die genaue Beschreibung mit Abbildungen des Verbandtuches befindet sich in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1907 Nr. 52. Durch dieselbe Behandlungsmethode hatte ich auch bei einer zweiten Art von Mastodynie Erfolg. Hierzu zähle ich Kranke, bei welchen meist in der Schwangerschaft eine plötzliche Grössenzunahme der Brustdrüsen einsetzte. Es ist die Vermutung naheliegend, dass durch das rasche Wachstum Zerrungen der Nerven entstehen, die Neuralgien zur Folge haben können. Interessant war speziell die folgende Beobachtung wegen der Erscheinungen im Puerperium. Die Pat., welche nach der Geburt ihres Kindes das Verbandtuch ablegte, bekam, gleich nachdem sie ihr Kind mehrmals gestillt hatte, wieder leichte Schmerzanfälle. Diese wurden beim Aufsitzen noch stärker. Sofort nach dem Anlegen der Brustbinde war sie wieder beschwerdefrei. Zwei weitere Krankheitsfälle verdienen deshalb besondere Erwähnung, weil die Mastodynie sich in alten Narben der Brustdrüse entwickelte. In dem ersten Falle — es handelt sich um eine körperlich gesunde Frau ohne jegliches nervöse Symptom — entstanden sechs Wochen nach einem Abort beim Einsetzen der ersten Regel heftige Schmerzen in der linken Brust. An dieser Brustdrüse waren zwei Narben, welche von der Operation einer vor 1 $\frac{3}{4}$ Jahren überstandenen Mastitis herrührten. Die Pat. hatte solche Angst vor den Schmerzattacken, dass sie sich nicht gerade zu gehen getraute. Man fühlte im rechten oberen Quadranten der linken Brustdrüse eine auf der Unterlage verschiebbliche Narbe von geringer Druckschmerzhaftigkeit. Im linken unteren Quadranten war eine lappenförmige Narbe. Hier schmerzte bei leichter Betastung eine Stelle besonders stark, und dies war gerade die Kuppe des lappenförmigen Schnittes. Man fühlte an dieser Stelle in der Narbe eine derbe, etwa kirschgrosse Resistenz, welche als Narbenkeloid zu deuten war. Es ist dies übrigens auch ein Beweis dafür, wie wichtig genau radiäre Einschnitte in die Brust sind, denn aller Wahrscheinlichkeit nach wäre dadurch eine Keloidbildung vermieden worden. Das angelegte Verbandtuch verschaffte zwar Erleichterung, konnte aber die Beschwerden nicht völlig beseitigen.

Nachdem ich zugleich mehrmals täglich die Biersche Saugglocke angewandt hatte, verschwanden die Schmerzen vollständig, und ich verzeichne als eigenartigen Befund, dass das Keloid erweichte und damit verschwand. Der zweite Fall betrifft eine Frau, welche ebenfalls wegen einer überstandenen Mastitis an ihrer linken Brust eine Narbe hatte. In den letzten zwei Monaten einer neuen Gravidität traten wiederholt im Bereiche dieser Narbe Schmerzanfälle auf. Durch Hochlagerung der Brüste in der Binde gingen die Beschwerden wesentlich zurück, um dann nach mehrmaligem Saugen mit der Bierschen Glocke gänzlich zu verschwinden. Wir sehen oft auch M. auftreten bei Geschwulstbildungen in der Brustdrüse, und da ist es ja selbstverständlich, dass meist nur die Exstirpation der Geschwulst eine Heilung verschafft. Es sei mir an dieser Stelle gestattet, auf zwei Operationsverfahren aufmerksam zu machen, welche bisher wenig Beobachtung fanden, trotzdem sie speziell kosmetisch wirken sollen. Bardenheuer (Zentralblatt für Chirurgie 1903 Nr. 31) hat bei Mastitis durch einen Schnitt am unteren Rande der Brustdrüse diese dann hochgeklappt, den Abszess von innen eröffnet und nach unten drainiert. Die entstehende Narbe wird nachher durch die Brustdrüse verdeckt. Dieses Verfahren ist ja auch zur Beseitigung von Geschwülsten besonders in den unteren Quadranten geeignet (Thomas 1882). Ein zweites Verfahren hat uns Morestin (Bulletin de la Société de Chirurgie 1903) gelehrt. Dieser arbeitet sich von der Haargrenze in der Achselhöhle, wo er einen 5—6 cm langen Schnitt macht, bis zu der Geschwulst vor, um diese dann zu exstirpieren. Die Narbe wird durch ihre Lage in der Achselhöhle völlig verdeckt.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 29.)

- **Ein Beitrag zu den Trigeminusneuralgien dentalen Ursprungs** wird von Dr. med. Paul Preiswerk, prakt. Arzt und Zahnarzt in Basel, geliefert. Er schreibt: „Der enge Zusammenhang der Gebilde der Mundhöhle mit dem Gesamtorganismus und die Wechselbeziehungen der beiden zueinander sind zur Genüge beschrieben und bekannt; ich erinnere hier bloss an die Mitbeteiligung der Mundschleimhaut bei Skorbut, bei gewissen exanthematösen Infektionskrankheiten, bei Allgemeinintoxikationen mit Quecksilber, Kupfer, Blei, und umgekehrt an Affektionen im Organismus, die primär auf die Zähne — in gewissen Fällen wenigstens — zu beziehen sind, wie namentlich in nicht

zu seltenen Fällen bei den Neuralgien des dritten und des zweiten Astes des Trigeminus. Immer die Zähne für diese Krankheit verantwortlich zu machen, wie es mit einiger Einschränkung Brubacher, Schmidt, Sexton, Wreden und zum Teil auch Woakes getan haben, scheint total verfehlt zu sein, doch sollte bei dem Forschen nach dem ätiologischen Momente nie und nimmer eine gründliche Inspektion der Mundhöhle ausser acht gelassen werden, und namentlich sollte auf den Zustand der Zähne in jedem Falle Rücksicht genommen werden, eventuell unter Hinzuziehung eines Spezialisten; es scheint mir dies um so berechtigter, als die stomatologische Ausbildung des Arztes im grossen und ganzen noch sehr im Argen liegt. Im allgemeinen liegt die auslösende Ursache in einer Affektion der Pulpa, und zwar gewöhnlich in einer chronischen, in einer Pulpitis chronica, sei es nun eine purulente oder keine. Sehr schwierig gestaltet sich die Diagnose bei äusserlich intakten Zähnen, wie es bisweilen bei der Pulpitis concrementalis der Fall ist, wo durch Kalkablagerungen in Form von Spiessen und Kugeln im Stroma der Pulpa, oder durch wahre Dentikelbildung die nervösen Elemente des Zahnmarkes gedrückt und durch fortwährende Apposition gequetscht werden. Pulpitiden dieser Form sind eigentlich nur per exclusionem, oder aber mit Hilfe der Röntgenstrahlen zu diagnostizieren. — Chronische Reize im Periodontium, wie sie bei Zähnen mit eröffnetem Pulpa kanal und devitalisierter Pulpa vorkommen, wo also die Umgebung der Wurzelspitze mit der an Bakterien überreich gesättigten Mundhöhle in offener Verbindung steht, sind ätiologisch auch hie und da in Betracht zu ziehen; ebenso abgebrochene Wurzelreste, über denen sich das Zahnfleisch geschlossen hat, und die die Neigung zeigen, im Kieferknochen zu wandern, und somit auf ihrem Wege immer wieder neue, bisher gesunde Knochenpartien zu reizen. In beiden Fällen, bei der chronischen Pulpitis und bei der chronischen Periodontitis, handelt es sich also um Entzündungszustände, die einmal sich auf das Zahnmark, das andere Mal sich auf das Periodontium erstrecken und die immer — mit Ausnahme der Pulpitis concrementalis — auf Bakterieninvasion zu beziehen sind, während bei den akuten Formen der Pulpaerkrankungen die Bakterien sich eventuell nur auf ein Horn der Pulpa beschränken, auf alle Fälle aber nicht bis zum Foramen apicale sich ausdehnen, und doch sind bei diesen partiellen

Pulpitiden gelegentlich neuralgiforme Anfälle zu konstatieren. Eine dritte Entstehungsursache liegt zuweilen in retinierten Zähnen. Namentlich der Oberkiefer, und hier wiederum die Gegend der Eckzähne und der Prämolaren, seltener des Inzisivengebisses, scheint die Neigung zu besitzen, wohlausgebildete Zähne, zuweilen überzählige, nicht zum Durchbruch gelangen zu lassen, sondern sie am Ort ihres Entstehens, also im Kieferknochen, zurückzuhalten. Die späte Durchbruchszeit der Kaninen scheint dieses Verhalten zu erklären; besonders deutlich ist dies jedoch bei den Weisheitszähnen wahrzunehmen, die, wenn schon angelegt, doch bei etwa 20 Proz. der Individuen nicht zum Vorschein kommen. Bei dem Bestreben dieser Zähne nun, den Knochen und das Zahnfleisch zu durchbrechen, und bei der Unmöglichkeit der Ausführung dieser Intention wirken sie direkt auf ihre Umgebung als ein Reiz, der teilweise als Fremdkörperreiz durch das im Mesoderm gelagerte Ektoderm (Schmelz) aufzufassen ist, teilweise aber auch als Druckreiz des wachsenden und durch sein Gewicht sich senkenden Zahnes. Hierdurch werden nun Zustände geschaffen, die lebhaft an das Bild der Periodontitis, zuweilen mit Abszedierung und Fistelbildung, zuweilen aber an das der akuten oder chronischen Pulpitis, bedingt durch Druck des retinierten Zahnes auf den eintretenden Zahnerven oder auf das Alveolodentalperiost, erinnern. Es soll nun im folgenden an Hand von zwei Krankengeschichten gezeigt werden, wie solche nicht zum Durchbruch gelangte Zähne gelegentlich imstande sind, echte Neuralgien oder doch wenigstens neuralgieartige Schmerzen im Ausbreitungsgebiet eines Astes des fünften Nervenpaares, mit deutlichen Druckpunkten und neuralgischen Anfällen hervorzurufen. 1. D. S., 18 $\frac{1}{2}$ jähr. Kommiss von Basel, stellt sich im Dezember 1908 in der Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten vor, mit der Angabe, seit dem Monat Oktober Schmerzen in der linken Gesichtshälfte zu empfinden, die er auf den schlechten Zustand seiner Zähne bezog. Allgemeinstatus o. B. Lokaltatus zeigt eine sonderbare Bezahnung: in der rechten oberen Kieferhälfte stehen der mittlere Schneidezahn, neben ihm ein schwach entwickelter lateraler, dem in einem Abstand von 2 mm der kräftig entwickelte Eckzahn folgt. Nur ein Prämolare vorhanden. Den Schluss bilden zwei wohlentwickelte Mahlzähne. Die linke Kieferhälfte ist insofern abweichend von der rechten, als neben dem etwas verlängerten mittleren Inzisiven ein Zapfenzahn

folgt, der vom weit zurückliegenden Eckzahn durch die Ueberreste eines lateralen Milchschnidezahnes getrennt ist. Prämolaren überhaupt nicht vorhanden. Mahlzähne wie auf der rechten Seite. Der Kieferbogen selbst symmetrisch; Zähne zeigen im allgemeinen keine Abweichungen im Bau; Mittellinie des Gesichtes fällt mit der des Zahnbogens zusammen. Im Unterkiefer fehlen rechts alle Molaren und der zweite Prämolare links nur die Molaren. Als wahrscheinlicher Urheber der heftigen Schmerzen wird in lokaler Anästhesie der zerbröckelte laterale Milchschnidezahn extrahiert. Acht Tage darauf erneute Schmerzen, diesmal im Unterkiefer. Der zweite Prämolare zeigt periostitische Reizerscheinungen, auf Perkussion empfindlich, deutlicher Kronen- und apikaler Druck. Auf ausdrücklichen Wunsch des Pat. folgt die Entfernung in lokaler Anästhesie. Nach zehn Tagen zeigt sich Pat. wiederum mit heftigen Schmerzen im Oberkiefer und zwar in der Gegend des auf Perkussion empfindlichen Molaren; dieselben strahlen gegen das linke Auge und über die ganze Wange aus. Deutlicher Druckpunkt am Foramen infraorbitale! Röntgenaufnahme der betr. Kieferpartie durch gütige Vermittlung von Herrn Prof. Dr. Egger, Direktor der allgemeinen Poliklinik. Im Processus alveolaris des linken Oberkiefers sitzt ein retinierter einwurzeliger Zahn, mit deutlichen Umrissen, aus denen ohne weiteres Krone und Wurzelteil zu unterscheiden ist. Die Lage selbst ist eine schräge, von hinten oben, scheinbar die mesiale Wurzel des ersten Molaren berührend, mit der Krone nach vorn unten, mit Anlehnung an das Mittelstück des Kaninus. Diagnose: Neuralgie des zweiten Astes des Trigeminus infolge chronischen Reizes durch einen retinierten Zahn. — I. Operation: 18. Januar 1909. Bogenschnitt nach Parts, Aufmeisseln der fazialen Wand der Eckzahnalveole und des interdentalen Knochenstückes. Der retinierte Zahn ist nicht zu finden. Reinigen der Wunde und Schluss durch drei Seidenknopfnähte. — Heilung p. p. — II. Operation: 23. Januar 1909. — Schnitt auf der Höhe des durch Empfindlichkeit beim Abtasten erkennbaren retinierten Zahnes, im harten Gaumen von der Inzisivengegend bis zum ersten Molaren reichend. Abpräparieren des Lappens, Aufmeisseln des knöchernen Gaumens und Heraushebeln des retinierten Prämolaren. Reinigung und Schluss der Wunde. Heilung gemischt. Mit kleinen Unregelmäßigkeiten im Heilungsverlauf ist der Pat. heute, also ungefähr 20 Wochen nach der Entfernung, anfallfrei; keine

Druckpunkte und keine Schmerzen mehr im Ausbreitungsgebiet des Infraorbitalis und des Mandibularis. — Den zweiten Fall, der noch nicht ganz zur Ausheilung gelangt ist, möchte ich doch jetzt schon anführen. 2. O. S., 40jähr., Fabrikant, von Basel. In der Jugend vielfach Kopfschmerzen mit Druckgefühl im Oberkiefer; infolge hiervon Extraktion des zweiten Prämolaren und der zwei ersten Molaren der rechten Oberkieferhälfte. Vor zwei Jahren Eröffnung der rechten Oberkieferhöhle wegen Emphyems kryptogenetischen Ursprungs mit Ausgang in Heilung. Kopfschmerzen, leichte Ermüdbarkeit bei geistigen Arbeiten von wechselnder Intensität. Vor Jahren deutlicher Druckpunkt am Foramen infraorbitale. Jetzt unbestimmtes Gefühl von Schwere mit Schmerzen im Hinterhaupt und Fremdkörpergefühl im Oberkiefer ohne bestimmte Lokalisation. — Allgemeinstatus o. B. Lokalstatus ausser der mangelhaften Bezahnung o. B. — Der Röntgenfilm des Inzisivengebisses zeigt einen retinierten Zahn, im knöchernen Gaumen steckend, mit der Wurzel hinten oben, in der Gegend des ersten Prämolaren, mit der Krone vorn unten, hinter dem lateralen Inzisiven. — Operation 8. März 1909. In lokaler Anästhesie Spaltung der Schleimhaut des Palatum durum bis auf den Knochen in der durch das Röntgenbild vorgeschriebenen Richtung. Aufmeisseln der dicken Knochenbedeckung und Heraushebeln des Zahnes, der Kaninusgestalt besitzt und dessen Schmelz an der palatinalen Seite z. T. usuriert ist. Reinigen der Wunde und Schluss. — In den ersten Tagen heftige Periostitis, die jetzt abgeklungen ist, an der Wurzel des Prämolaren. Sonstiges Befinden befriedigend. Kein Druckpunkt.

Wenn auch aus diesem zweiten Fall noch nicht mit Sicherheit auf ein völliges Heilen in dieser kurzen Zeit der Beobachtung geschlossen werden darf, so darf doch mit ziemlicher Bestimmtheit eine solche im Verlauf einiger Wochen oder Monate zu erwarten sein. Denn abgesehen von der Retention, gleichen sich die beiden erwähnten Fälle in vielen Punkten sehr, so dass es den Anschein hat, dass auch die Heilung bei Pat. II denselben günstigen Verlauf haben wird. Jedenfalls wollte ich hiermit bloss das Augenmerk des Arztes beim Forschen nach ätiologischen Momenten der Trigeminusneuralgie auf den Zustand der Zähne und der Kieferknochen lenken, um hierdurch eventuell einer Ursache näher zu kommen und mithin die Therapie zweckmässig zu gestalten. Wenn

dies der Fall sein wird, so ist der Zweck dieser kurzen Mitteilung völlig erreicht.“

(Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 27.)

Rheumatismen. Ueber Collargolbehandlung berichten

Dr. R. Fabian und Dr. H. Knopf (Krankenhaus der jüd. Gemeinde in Berlin). Aus der Arbeit seien folgende Abschnitte wiedergegeben: „Die Klysmenbehandlung wurde nach Loebels Angabe derart von uns vorgenommen, dass morgens und abends ein Reinigungsklystier gegeben wurde, dann etwa $\frac{1}{2}$ Stunde nach Entleerung des Darms jedesmal 50 ccm einer 1%igen Collargollösung mit einer Stempelspritze injiziert wurden, d. h. pro dosi 0,5 g Collargol. Wir gaben das Collargol serienweise, innerhalb acht Tagen 16 Klystiere. In einigen Fällen, in welchen Klystiere wegen Benommenheit oder profuser Diarrhöen nicht gehalten werden konnten, gaben wir Collargol per os, in der Weise, dass täglich 150 ccm einer 1%igen Lösung in Kakao gereicht wurden, eingeteilt in drei Rationen pro Tag. Kakao wurde wegen der braunen Farbe der Collargollösung gewählt. Hervorheben möchten wir noch, dass der Geschmack des Kakaos durch das Mittel nicht beeinträchtigt wird.“ „Unter den mit Collargol behandelten Fällen waren 14 Fälle von *Polyarthritis rheumatica acuta*, davon 10 geheilt, 4 ungeheilt (diese wurden durch Aspirin später geheilt); 1 Fall von *Rheumatismus post scarlatinam*, geheilt; 3 Fälle von *Arthritis gonorrhoeica*, sämtlich geheilt; 2 Fälle von *Colicystitis mit Urosepsis*, davon 2 geheilt; 5 Fälle von *Septikämie* (Streptokokken- und Staphylokokken-Erkrankungen), davon 1 geheilt, 4 gestorben. Betrachten wir die Wirkungsweise des Collargols im Vergleich zu der der Salicylpräparate, so müssen wir sagen, dass das Collargol entschieden langsamer wirkt als das Aspirin beispielsweise. Das Collargol wird daher wohl in den Fällen von Gelenkerkrankungen indiziert sein, bei welchen die Salicylpräparate entweder versagen oder nicht vertragen werden. Bei unserer allerdings nur geringen Zahl von septischen Erkrankungen konnten wir wenigstens bei den durch Strepto- und Staphylokokken hervorgerufenen die dem Collargol sonst nachgerühmte günstige Heilwirkung nicht konstatieren. Im allgemeinen ist die Wirkungsweise des Collargols derartig, dass zunächst eine Beeinflussung der Schmerzen erfolgt, während das Fieber erst ganz allmählich zur Norm zurückkehrt.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 30.)

- **Zur Bewertung des Spirosals** ergreift San.-R. Dr. O. Lehmann (Charlottenburg) das Wort: „Die schwachgelbliche, in Aether und Chloroform lösliche, mit Oelen und Fetten mischbare Flüssigkeit ist ein Ester der Salicylsäure, wie wir schon andere haben, aber dieser Glykolsalicylester hat in der kutanen Behandlung der subakuten und chronischen Rheumatismen vor den anderen den grossen Vorzug, dass er sich auf die Haut verreiben lässt, ohne diese zu reizen. Keine Hautirritation! Das ist bei der äusserlichen Verwendung als Antirheumatikum das seit mehreren Jahren erstrebte Ziel, und mit dem Spirosal, sei es pur oder vermischt, ist dies erreicht. Ich habe in letzter Zeit bei einer Pat. wegen Ischias rheumatica dieselben Partien des Schenkels 2 mal täglich zwei Wochen hindurch mit Spirosal und Alkohol ana einreiben lassen, und nirgends wurden Hautreize beobachtet, während das vorher gebrauchte Salit sehr bald Pickel erzeugte. Ist nun schon dies ein wesentlicher Faktor, so kann man noch weiter sagen, dass das Spirosal bei allen subakuten Rheumatismen spezifisch wirkt, weil es gut resorbiert wird. Es ist demnach keinesfalls mit den üblichen Derivantien resp. Linimenten, z. B. dem Chloroformliniment, auf gleiche Stufe zu stellen. Die Resorption ist für jeden leicht ersichtlich, der sich die kleine Mühe nimmt, etwa zwei Stunden nach der Applikation den Urin in der üblichen Weise mit verdünntem Liq. ferri sesquichlorati zu untersuchen. Daher ist es keineswegs ausgeschlossen, das Mittel auch in akuten fieberhaften Fällen als Lokalbehandlung zu Hilfe zu nehmen, nur muss man nicht erwarten, dass durch die Applikation des Spirosals allein das Fieber genügend herabgedrückt werden kann, hier muss man gleichzeitig zur internen Medikation greifen. Die subakuten fieberfreien Formen sind dagegen der Spirosaltherapie so zugänglich, dass man es gar nicht so selten erleben kann, dass eine einmalige Einreibung mit der stets folgenden warmen Einwicklung genügt, den lokalen Schmerz und event. auch die Schwellung erheblich zu lindern. In diesen meinen Beobachtungen stehe ich keinesfalls vereinzelt da, es sind von anderen Seiten fast gleichlautende Mitteilungen inzwischen erschienen, und, wie ich höre, sollen einige grosse Krankenhäuser das Mittel geradezu kiloweise verbrauchen. Um so mehr ist es verwunderbar, dass sich das Medikament noch nicht den Weg in die breite Praxis geebnet hat. Eines scheint mir der Einführung in die Praxis bisher hinderlich gewesen zu sein: nämlich der hohe Preis, den

die Apotheker berechnet haben. Es ist mir unverständlich, wie es möglich ist, für ein Fläschchen Spirosal und Spiritus ana 10 g 2 Mk. bis über 3 Mk. zu berechnen. Ich habe da weiter nichts tun können, als die leisen aber doch deutlichen Vorwürfe der Privatpatienten still hinzunehmen und es weiterhin zu unterlassen, das von mir geschätzte Präparat zu ordinieren. Nachdem nun in dieser Richtung ein Wandel eingetreten ist, fühle ich mich veranlasst, dies mitzuteilen. Es existiert nämlich seit kurzem eine Spezialität, die verhältnismässig billig ist und wohl auch die Verordnung in der Kassenpraxis zulässt: Denn 30 g eines Gemisches aus Spirosal mit Alkohol, das etwa drei Tage reicht, kosten etwa 1 Mk., nur ist es nötig, die Originalpackung vorzuschreiben. Die Verordnung lautet: 1 Flasche ‚Spirosallösung Bayer, Originalpackung‘. Hierauf glaube ich hinweisen zu müssen, weil nun kein Hindernis mehr für die alltägliche Ordination in der Privat- und Kassenpraxis besteht.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 15.)

Syphilis. Es spricht Prof. Bettmann: Ueber **extragenitale**

Syphilisinfection: 48jähriger Pat. bemerkte Ende Januar d. J. an seiner rechten Wange einen kleinen „Pickel“, der sich zu einem grösseren, kreisförmigen, im Zentrum geschwürigen Herde weiterentwickelte. Die Affektion machte dem Pat. weiter keine Beschwerden; aber da sie nicht abheilen wollte, begab er sich in ärztliche Behandlung. Das Geschwür trotzte jeder örtlichen Therapie — speziell Aetzungen mit Argentum nitricum; es kam sogar noch zur weiteren Ausbreitung des Herdes. Beim Eintritt des Pat. in die Klinik stellte es sich heraus, dass es sich um einen typischen, flachen, etwa dreimarkstückgrossen syphilitischen Primäraffekt handelte, der sich bereits in Reparation befand. Auffallend war höchstens eine stärkere ödematöse Schwellung in der Umgebung der indurierten Zone (Folge der Argentum-nitricum-Aetzungen). Geringe Schwellung der Aurikulardrüsen rechts; mässige allgemeine Drüsenschwellungen. Sehr intensives makulo-papulöses Exanthem am Rumpf und an den Extremitäten, ganz besonders stark im Gesicht und am behaarten Kopfe. Angina specifica; an den Genitalien kein pathologischer Befund. Im Anschlusse an die Demonstration des Pat. geht Vortragender auf eine Reihe von Fällen extragenitaler Syphilisinfection ein. Die Zahl solcher Fälle ist in dem Beobachtungskreis des Vortragenden eine unverhältnismässig grosse (jährlich im Durchschnitt 8—10 Fälle bei Erwach-

senen!). Es werden kurz die besonderen Schwierigkeiten berührt, die sich der Diagnose des extragenitalen Primäraffektes entgegenstellen. Die Annahme, dass die extragenital erworbene S. an sich eine schlechtere Prognose gebe als die genitale, lehnt B. ab. Unter den von Bettmann beobachteten Fällen von extragenitalen Primäraffekten scheinen die folgenden besonders erwähnenswert: Schanker, der sich aus einer Bisswunde an der Nase entwickelte; Tätowierungsschanker bei einem jungen Manne, der sich auf einem Jahrmarkt in der Nähe von Heidelberg hatte tätowieren lassen; Primäraffekt an der Mamma, durch „Küssen“ entstanden; multiple Primäraffekte am Abdomen; Primäraffekt in der Kniekehle (!); Berufsinfektionen an der Hand (drei Fälle bei Aerzten, zwei Fälle bei Zahnärzten, zwei Fälle bei Hebammen); Primäraffekte in der Mundhöhle, speziell fünf Fälle von Tonsillarschankern; Schanker auf der Wange. Für einen derartigen früher beobachteten Fall wie für den demonstrierten Fall bespricht der Vortragende die Wahrscheinlichkeit, dass die Infektion durch das Rasiermesser des Barbiers erfolgte.

(Naturhistorisch-medizin. Verein zu Heidelberg, 11. Mai 1909. —
Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 24.)

- **Ueber einen Fall von aussergewöhnlich frühzeitigem Auftreten von Hautgummata** berichtet Dr. O. Müller (Knappschafts-Krankenhaus in Recklinghausen): „Es handelt sich um einen 41jährigen Bergmann, der nach seiner Angabe bisher immer gesund gewesen ist, der speziell nie eine Geschlechtskrankheit gehabt haben will. Mitte Oktober 1908 bemerkte Pat. ein „Wundsein“ am Glied, das sich bald zu einem Geschwür ausbildete. Die Vorhaut schwoll darauf stark an, so dass sie nicht mehr zurückgezogen werden konnte. Wegen der bestehenden Schmerzen und des aus der Vorhaut sich entleerenden Ausflusses suchte Pat. seinen Revierarzt auf und wurde von diesem mir zur spezialistischen Behandlung überwiesen. Der Befund bei seiner Aufnahme ins Knappschafts-Krankenhaus am 4. November 1908 ist folgender: Die Vorhaut ist stark entzündet und geschwollen, so dass eine Phimose entstanden ist; aus dem Vorhautsack entleert sich gelbgrüner Eiter, der keine Gonokokken oder Streptobazillen enthält. An der linken Seite des Penis in der Gegend des Sulcus coronarius fühlt man eine Verdickung durch, die hart und sehr schmerzempfindlich ist. Die Leisten-drüsen sind beiderseits geschwollen, aber nur wenig druck-

empfindlich. Am Körper ist kein Exanthem sichtbar, Mund- oder Halserscheinungen sind nicht vorhanden. Zunächst wird die Phimose gespalten, wodurch eine speckig glänzende Induration am Sulcus coronarius sichtbar wird, welche die Diagnose Ulcus durum sofort zulässt. (Bestätigung durch den Spirochätenbefund.) Die Behandlung ist vorläufig eine lokale und besteht in desinfizierenden Umschlägen und Pudern mit Jodoform; eine Quecksilberkur wird noch nicht eingeleitet. 14 Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus, also etwa Mitte November 1908, tritt eine typische Roseola am ganzen Körper auf, einige Tage später kommen Plaques auf der Wangenschleimhaut und den Tonsillen hinzu. Es wird jetzt bei Ausbruch der Sekundärererscheinungen sofort eine Quecksilberkur eingeleitet, und zwar bekommt Pat. dreimal wöchentlich 1 ccm einer 10%igen Hydrargyr. salicylic.-Lösung intramuskulär injiziert. Die Erscheinungen schwinden schon nach den ersten Spritzen, so dass Pat. nach sechs Injektionen arbeitsfähig zur ambulanten Behandlung entlassen werden kann. Kurz vor Weihnachten kommt Pat., nachdem er im ganzen zwölf Hg-Injektionen bekommen und jetzt etwa zehn Tage pausiert hatte, wieder zu mir in die Sprechstunde und bietet folgendes interessante Bild. Auf dem behaarten Kopf, an der Stirn, an der linken Wange und endlich auf dem linken Handrücken sind mehrere kleinkirsch- bis walnussgrosse, derbe, etwas glänzende, mit der Haut auf der Unterlage verschiebbliche Geschwülste sichtbar, die keinerlei Entzündungserscheinungen zeigen, keine Beschwerden machen und sich abgesehen von dem geringen Glanz in ihrer Farbe nicht von der Haut unterscheiden. Ich stand zunächst vor einem Rätsel, als ich die Neubildungen, die innerhalb von zehn Tagen entstanden waren, sah, und musste vorläufig die Diagnose offen lassen, da ich die Geschwülste in keine Kategorie der Neubildungen unterbringen konnte und an Gummata — kaum acht Wochen nach dem Auftreten des Primäraffektes — nicht zu denken wagte. Bei der nächsten, acht Tage später erfolgten Vorstellung war die Diagnose klargestellt, denn der auf dem linken Handrücken befindliche walnussgrosse Knoten hatte eine bläulichrote Verfärbung angenommen, war jetzt weich geworden und zeigte zentral deutliche Fluktuation. Es konnte jetzt kein Zweifel mehr bestehen, dass es sich tatsächlich um echte Hautgummata handelte. Die kleineren, auf Kopf und Stirn befindlichen Gummiknoten hatten den

Erweichungsprozess noch nicht durchgemacht, fühlten sich aber auch lange nicht mehr so hart an wie anfangs. Bemerkenswert ist noch, dass mit dem Entstehen der Knoten starke Kopfschmerzen und leichte Schwindelanfälle auftraten, die erst mit dem Rückgang der Geschwülste schwanden. Ich gab sofort Jodkali in hohen Dosen, worauf die Gummata prompt reagierten. Selbst der schon stark in Erweichung übergegangene Knoten auf dem linken Handrücken kam binnen kurzem zur Resorption. Nach Verlauf von drei Wochen war keine Spur der Geschwülste mehr sichtbar. Wir haben es also hier mit einer Aufeinanderfolge der drei Luesstadien zu tun, die sich innerhalb eines Zeitraumes von etwa zehn Wochen vollzogen hat. Die Infektion ist nach den bestimmten Angaben des glaubwürdigen Pat. gegen Ende September erfolgt, der Primäraffekt wurde Mitte Oktober gemerkt, die sekundären Erscheinungen traten Mitte November auf, und wiederum etwa vier Wochen später haben wir trotz inzwischen erfolgter Quecksilberbehandlung typische tertiäre Hautveränderungen in Gestalt der Gummiknoten. Die Möglichkeit, dass schon früher vor Jahren eine Infektion stattgefunden hat, deren Folgen sich jetzt in den Gummigeschwülsten zeigten, möchte ich für ausgeschlossen halten, weil dann der Primäraffekt (ein solcher und nicht etwa ein Rezidiv war hier zweifellos vorhanden) als Reinfektion aufgefasst werden und zu einer Zeit entstanden sein müsste, wo die frühere Lues noch nicht abgeheilt war. Dies ist aber, wie wir speziell durch die neuesten Forschungen (Wassermann-Neisser-Brucksche Serumreaktion) wissen, unmöglich, da eine Reinfektion nur zustande kommen kann, wenn keine Schutzkörper mehr, also auch keine Spuren von Lues im Körper vorhanden sind. Mithin können die Gummata nicht von einer früheren Luesinfektion herrühren, wofür auch jegliche anamnestischen Daten fehlen. Die gleichzeitig mit dem Auftreten der Gummata einsetzenden starken Kopfschmerzen, die bis zur Resorption der Knoten in unveränderter Stärke anhielten und dann mit diesen unter der Verabreichung von Jodkali schwanden, lassen vielleicht die Vermutung nicht von der Hand weisen, dass sie auch durch gummöse Prozesse im Schädelinnern ausgelöst worden und dann analog dem prompten Rückgang der Hautgummiknoten unter der Jodkalitherapie geschwunden sind.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 28.)

Tuberkulose. In bezug auf den **Einfluss der Schwangerschaft auf die T. des Kehlkopfes** gelangen Dr. E. Glas und Dr. E. Kraus (Wien) zu folgenden Schlüssen:

I. Die Generationsvorgänge (Gravidität, Entbindung und Puerperium) üben auf die Kehlkopftuberkulose in der grossen Mehrzahl der Fälle einen ungünstigen Einfluss aus. Diffuse ulzerierende Formen der Larynxtuberkulose geben besonders ungünstige Prognose, indem die meisten dieser Fälle im Puerperium zum Exitus kommen. Es gibt aber auch gutartige Formen (Tuberkulome, zirkumskripte Infiltrate und isolierte Ulzera), die während der Gravidität akut exazerbieren und sich in diffuse ulzerierende Formen umwandeln, um im Puerperium zum Exitus zu führen. Zirkumskripte Formen geben zumal am Ende der Schwangerschaft bei günstigem Lungenbefund und entsprechender Gewichtszunahme eine günstige Prognose.

II. Keiner der letal verlaufenen Fälle kam unentbunden zum Exitus. In 20% der Fälle kam es zu einer spontanen Unterbrechung der Gravidität und im Anschluss daran zum Exitus. 60% der Kinder der ohne Kunsthilfe niedergekommenen Frauen überlebten die Geburt nur wenige Tage.

III. Die Veitschen Sätze von der Abhängigkeit der Prognose von den Gewichtsverhältnissen der Graviden behalten im grossen und ganzen ihre Richtigkeit. Doch dürfen die Gewichtsbeobachtungen niemals allein ausschlaggebend sein, sondern stets zugleich mit dem lokalen Prozess, dem pneumonalen Befund und dem Allgemeinbefinden zur Bestimmung der Prognose herangezogen werden. Dadurch können mitunter auch Fälle mit konstanter Gewichtszunahme und umgekehrt solche mit Gewichtsabnahme zum künstlichen Abortus geeignet erscheinen.

IV. Forderung genauer spezialärztlicher Untersuchung von heiseren tuberkuloseverdächtigen Graviden und exakte Beobachtung derselben, um die ersten Anzeichen der Progredienz eines Prozesses zu konstatieren.

V. Bei Progredienz eines Larynxprozesses erscheint, zumal bei gleichzeitig vorhandenem Lungenprozess, die Einleitung des Abortus in den ersten Monaten indiziert.

VI. Ende der Schwangerschaft manifest werdende Prozesse von relativ gutartigem Charakter machen die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht notwendig.

VII. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei progredienten Prozessen ist kontraindiziert, da diese das

akute Fortschreiten des Prozesses in keiner Weise zu hemmen vermag.

VIII. In solchen Fällen, zumal wenn es sich um diffuse ulzerierende Formen der Kehlkopftuberkulose handelt, ist bei relativer Stenose die Tracheotomie aus kurativer Indikation zu machen, da der Kehlkopfprozess nach Einführung der Kanüle eine wesentliche Besserung erfahren kann.

IX. Mit Rücksicht auf die günstigeren Resultate, die bei graviden Larynxphthisen in Sanatorien erzielt werden konnten, wäre in Tuberkuloseheilstätten auch auf solche Pat. ganz besondere Rücksicht zu nehmen.

X. Die genaue Statistik und kritische Sichtung grösseren Materials wird die von uns hier mitgeteilten Sätze bestätigen lehren und deren praktische Anwendung als rationell erscheinen lassen.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 27.)

— **Ueber die Morosche Salbenreaktion** sagt Dr. Bullinger (Marienhospital in Stuttgart): Die Anwendung wurde streng nach Moros Angaben gemacht. Das Salbenkonstituens bestand aus 5 ccm Alttuberkulin und 5 g Lanol. anhydr. Als Inunktionsstelle wurde die Bauchhaut knapp unterhalb des Schwertfortsatzes gewählt. Unter mässigem Druck wurde die Salbe eine Minute lang eingerieben. Das Alter der Pat. schwankte zwischen dem 16. und 65. Lebensjahr männlichen und weiblichen Geschlechts.

	Anzahl d. Patienten	Reaktion	
		positiv	negativ
Verdacht auf Tuberkulose	48	35	13
I. u. II. Stad. } d. Tuber-	19	15	4
III. Stadium } kulose	6	1	5
Keine Tuberkulose . . .	11	1	10

Im allgemeinen decken sich unsere Resultate mit denen, die bereits über die Morosche Salbenreaktion veröffentlicht wurden. Die Reaktion trat nach 12—48 Stunden ein. In der Mehrzahl der Fälle traten schwache Reaktionen auf. Bei nur drei Fällen mit beginnender T., bei denen klinisch nur Veränderungen an den Lungenspitzen nachzuweisen waren, verlief die Reaktion ziemlich stark (Bildung von Knötchen und Bläschen mit eitrigem Inhalt), verbunden mit Juckreiz und Brennen der Haut, so dass

wir genötigt waren, lindernde Salbenverbände anzuwenden. Bei Mädchen, die neben ihrem Verdacht an T. an schwerer Chlorose litten, trat die Reaktion erst nach 3—4 Tagen auf und machte den Pat. anfangs wenig Beschwerden. Nach etwa sechs Tagen klagten sie über Brennen der Haut, obwohl die Veränderung der Haut nicht im gleichen Verhältnis stand zu den subjektiven Beschwerden — also schwache Reaktion und deutliche Beschwerden. Bei weit vorgeschrittenen Fällen der T. fiel die Reaktion negativ aus. Nur bei einer Pat. im III. Stadium der T. war der Ausfall der Reaktion positiv, aber schwach. Dieser positive Ausfall lässt sich wohl in Einklang bringen mit der Beschaffenheit der Haut. Die betreffende Pat. litt an heftigen Nachtschweissen; die Haut war äusserst saftreich und schon durch die Einreibung an sich rötete sich die betreffende Hautstelle auffallend und schwoll etwas an. Dass bei allen Kranken die Beschaffenheit der Haut, dann die Dauer und Art der Einreibung eine grosse Rolle spielt, lässt sich nicht leugnen. Aeltere Leute, mit mehr oder weniger atrophischer Haut, die einen begründeten Verdacht auf T. zuliessen, reagierten bei der ersten Einreibung negativ, während die Reaktion bei der zweiten Inunktion, die unter stärkerem Druck und länger als eine Minute vorgenommen wurde, positiv ausfiel. Ein Fall mit Verdacht auf Darmtuberkulose wurde mehrere Male einge-rieben; das Ergebnis blieb immer negativ. Später gelangte dieser Fall zur Obduktion, die eine hochsitzende karzinomatöse Erkrankung des Mastdarms ergab. Die drei Grade der positiven Reaktion, wie sie Moro beschreibt, konnten in unseren Fällen nicht so abgegrenzt nachgewiesen werden. Eine disseminierte Fernreaktion der Haut konnten wir an vier Fällen beobachten. 1—2 Tage nach der Einreibung traten vereinzelt auf der Brust und auf dem Rücken kleine Knötchen und Effloreszenzen auf, die mit den typischen Effloreszenzen an der Einreibungsstelle grosse Aehnlichkeit hatten. Infolge dieser Beobachtung wurde bei sechs Pat. an verschiedenen Hautstellen reines Lanol. anhyd. einige Stunden nach der Einreibung mit der Tuberkulinsalbe einge-rieben. In vier Fällen waren an den betreffenden Hautstellen, die mit reinem Lanol. anhyd. bearbeitet waren, einzelne Knötchen, vorwiegend aber eine starke Rötung der Haut zu beobachten. Diese Reaktion hielt 1—2 Tage an. Diese letzteren Beobachtungen dürften die Ansicht Moros unterstützen, dass es sich bei der perkutanen Tuberkulinreaktion im wesentlichen um ein Vasomotorenphäno-

men handelt; zu bemerken wäre, dass die Beschaffenheit der Haut bei diesen vier Fällen eine sehr zarte war und die Dermographie sich ausnehmend stark äusserte. Wenn wir nun das Fazit aus unseren Beobachtungen ziehen, so fielen bei Verdacht auf T. etwa 70% der Fälle positiv aus (cfr. Tab.); freilich wäre es sehr interessant, wenn diese Fälle weiter beobachtet und event. der Obduktion zugeführt werden könnten, die hierüber sicheren Aufschluss geben könnte. Im I. u. II. Stadium der T. fiel die Reaktion bei etwa 70—80% positiv aus, ein Umstand, der die Morosche Salbenreaktion als wertvolles Hilfsmittel des klinischen Befundes erkennen lässt. Dass im III. Stadium der T. die Resultate negativ ausfallen, ist anderwärts schon genügend erklärt worden. Bei nicht Tuberkulösen, bei denen auch die Anamnese keinen Verdacht auf T. zuliess, reagierten etwa 90% negativ. Wir fanden also in der Moroschen Salbenreaktion ein wertvolles Hilfsmittel zur Unterstützung der klinischen Diagnose auf Früh-tuberkulose; zumal ihre Anwendung, auch für den Praktiker, sehr leicht und der Verlauf der Reaktion ein harmloser ist und von dem betreffenden Individuum im allgemeinen nicht lästig empfunden wird.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 26.)

Tumoren. Einen Fall von tödlicher Myomblutung nach

Röntgenbestrahlung beschreibt Dr. F. Spaeth (Hamburg) und schliesst folgende Bemerkungen daran: „Das tragische Ende dieses Falles fordert zu einigen epikritischen Betrachtungen heraus. Es handelte sich um eine Frau mittleren Alters mit einfachem, anatomisch sicher gutartigem Myom, das den Uterus in toto einnahm und ihn zu einem gleichmässig runden, den Nabel um etwa 1,5 cm überragenden Tumor aufgetrieben hatte, seine Innenhöhle erheblich verlängernd. Die starken Monatsblutungen, welche die Gesundheit der Frau seit Jahren untergruben und ihr den Lebensgenuss und jede Schaffenskraft raubten, waren schon lange vom Hausarzt und zahlreichen konsultierten Spezialärzten als dringende Anzeige zu operativer Entfernung des Uterus durch Laparotomie oder zur Kastration angesehen worden, aber alle dahin zielenden Vorstellungen fanden bei der operationsscheuen Frau kein Gehör und dies um so mehr, als man bei der grossen Anämie und Schwäche der Pat. die Prognose der Operation natürlich nicht als eine quoad vitam sichere stellen konnte. Die unausbleibliche Folge der immer sich wiederholenden

starken menstruellen Blutverluste war eine fehlerhafte Blutmischung, ein starker Hämoglobinmangel, der wiederum zu degenerativen Vorgängen an Herz (Myomherz) und Nieren führte. Als dann das Jahr 1908 einen mässigen Nachlass in der Stärke der Menstruationen und eine Steigerung des Hämoglobingehaltes auf 40% brachte und dadurch die Aussichten eines operativen Eingriffes sich gehoben haben würden, erschienen die Mitteilungen über die guten Erfolge der Röntgenbehandlung der Myome, und es war nun selbstverständlich, dass die messerscheue Pat. sich diesem neuen Heilverfahren zuwandte, dessen Ungefährlichkeit die bisherigen, an Zahl nicht geringen Beobachtungen dargetan hatten. Den vier ersten Bestrahlungen schloss sich eine verfrühte, sehr starke Monatsblutung an, so stark, wie sie seit langer Zeit nicht mehr gewesen war. Den dann vorgenommenen weiteren drei Bestrahlungen folgte eine abundante Menstruation, die dann trotz aller ärztlicher Bemühungen mit dem Tode der Kranken endigte. Auffallend war die enorme Menge von abgehenden Blutgerinnseln bei den letzten beiden Blutungszeiten, während nach Aussagen des Ehemannes früher sich keine oder nur sehr wenig Coagula bei den Menses zeigten. Es liegt natürlich sehr nahe, für den unglücklichen Ausgang dieses Falles die Anwendung der Röntgenbehandlung verantwortlich zu machen. Eine Erklärung des Einflusses der Radiotherapie auf die Uterusmyome fehlt uns vorläufig noch und dürfte erst im Laufe zahlreicherer Beobachtungen gefunden werden. Allem Anscheine nach ist die Wirkung der Röntgenstrahlen eine zweifache und ist zu trennen in eine direkte Wirkung auf die T. und in eine Wirkung auf die Eierstöcke. Letztere bringt, wie durch das Tierexperiment und durch zufällige Beobachtungen am Menschen erwiesen, eine Atrophie der Keimdrüsen und durch Ausfall der Ovulation vollständiges Wegbleiben der Menstruation, also eine künstliche Klimax zustande, wie sie auch durch die von Hegar eingeführte, jetzt nur noch ziemlich selten vorgenommene Kastration bei Myom in noch rascherer Weise hervorgerufen wird. Die Schrumpfung bzw. operative Entfernung der Ovarien hat eine Einschränkung der Ernährung der Gebärmutter im Gefolge, und durch das Fehlen des menstruellen Reizes entfällt auch die monatliche stärkere Durchblutung des Uterus. Somit kann durch Ausschaltung der ovariellen Tätigkeit allmählich ein Zusammenschrumpfen von Myomen vor sich gehen. Dass in unserem Falle jedoch trotz der

Fortdauer der Ovulation und Menstruation eine deutliche Abnahme des Uterusumfanges und vermehrte Härte der Geschwulst mit Sicherheit erkannt werden konnte, dies beweist uns, dass eine Wirkung der Röntgenstrahlen auf den myomatösen Uterus direkt und ohne vorherige Ausserkürssetzung der Eierstöcke erfolgt sein muss. Die späte Einwirkung auf letztere ist bedingt durch die versteckte Lage derselben, so dass die Röntgenstrahlen, um zu ihnen zu gelangen, erst dicke Myomschichten durchdringen müssen und dadurch an Wirkungskraft einbüßen. Daher kommt es, dass die Menstruation erst nach einer längeren Reihe von Bestrahlungen aufhörte, meist erst nach 12—14 maliger Applikation (Görl, Albers-Schönberg); bevor dieses Endziel erreicht ist, können sogar mehrfach noch verstärkte Menstruationen eintreten, wie sie ausser in unserem Falle noch verschiedentlich von Albers-Schönberg (laut brieflicher Mitteilung) und von M. Fränkel beobachtet wurden und ich an einigen Fällen in Erfahrung bringen konnte, indes man schon nach einer erheblich geringeren Anzahl von Bestrahlungen einen Rückgang des Myoms wahrnehmen konnte. Das Röntgenheilverfahren bei Myomen befindet sich noch in seinen Anfängen, aber sicherlich in vielversprechenden, und das ungünstige Ende unseres Falles stellt die nicht zu bestreitenden bisherigen Erfolge keineswegs in den Schatten. Er mahnt uns zur Vorsicht in der Auswahl der Fälle. Es bedarf einer grossen Reihe von Einzelbeobachtungen, um die Indikationen zur Anwendung der Röntgenstrahlen, die Art der Verabreichung und die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit endgültig beurteilen zu können. Noch können wir auch noch gar nicht wissen, ob die Radiotherapie in den im allgemeinen gutartigen T. nicht den Antrieb erweckt zu nachmaliger maligner Entartung, oder ob sie nicht zu Nekrosierung der Myome disponiert. Dazu ist die Beobachtungszeit noch eine zu kurze. Hoffentlich wird es gelingen, durch Aenderung in der Applikation der Röntgenstrahlen (in Seitenlage nach Albers-Schönberg, vom Rücken her nach Görl) oder durch gesteigerte Intensität und Dauer der Strahleneinwirkung die Atrophie der Ovarien so rasch zustande zu bringen, dass starke menstruelle Kongestionen mit konsekutiven Menorrhagien vermieden werden. Denn nur dann kann die Radiotherapie ihre segensreiche Wirksamkeit auch bei den Frauen entfalten, deren Herz und Nieren durch die dauernden Blutverluste und die Stoffwechselprodukte der Myome so sehr gelitten haben, dass

man an eine Operation bei ihnen nur mit schweren Bedenken herantreten müsste. Unser Fall beweist, dass man diese Bedenken auch noch bei Einleitung der Röntgenbehandlung im Auge haben muss. Allerdings wird man, wenn sich letztere erst — was sicher zu erwarten — noch mehr eingebürgert hat, die Frauen nicht durch fortgesetzte starke Monatsblutungen so herunterkommen lassen, dass jegliche Therapie für sie eine Lebensgefahr bedeutet, sondern man wird sie rechtzeitig einer alsdann noch gefahrlosen und erfolgreichen Röntgenbehandlung zuführen.“

(Zentralbl. f. Gynäkologie 1909 Nr. 20.)

Typhus. Typhusbazillen im Erbrochenen konstatierte Priv.-

Dozent Dr. Edm. Hoke (Medizin. Klinik in Prag). Es handelte sich um eine junge Dame, die bei der Aufnahme alle typischen Symptome des T. darbot. Agglutination (Fickersche Probe) positiv; im Harne reichliche Typhusbazillen. Die Untersuchung des Erbrochenen ergab Spuren freier Salzsäure, Fehlen von Pepsin. Ueberraschend war das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung. Auf von v. Drigalsky-Conradi-Platten wuchsen überaus reichlich Typhusbazillen (Identifizierung mit hochwertigem Pferdeimmunserum). Es lag also eine echte Gastritis typhosa vor, analog den Gastritiden bei anderen Infektionskrankheiten, speziell der Sepsis, wo ebenfalls Streptokokken im Erbrochenen auftreten können. Das Erbrechen hielt zirka eine Woche an, um dann allmählich wieder abzunehmen. Die Pat. genas. Nie konnte Blut im Erbrochenen nachgewiesen werden, auch die so überaus empfindliche Benzidinprobe nach Adler war stets negativ. Dadurch wird die Annahme einer bestehenden Ulzeration im Magen sehr unwahrscheinlich. Die Bazillen gelangten wahrscheinlich auf ähnliche Weise in den Mageninhalt, wie sie aus der Niere in den Harn gelangen. Der Fall zeigt weiter, dass das Erbrochene ebenso als infektiös betrachtet werden muss wie die übrigen Entleerungen eines Typhuskranken. (Prager med. Wochenschrift 1909 Nr. 23.)

- **Ein Fall von hämorrhagischer Diathese, verursacht durch T.,** wird von Dr. E. v. Rütte (Niederbipp) berichtet. Es handelte sich um einen 12jährigen Knaben, der mitten im besten Wohlsein an profusem Nasenbluten und Hautblutungen erkrankte. Erst einige Tage später gesellten sich Fieber und Darmerscheinungen hinzu. Die Nasenblutung liess trotz Gelatine und Nebennierenpräparaten

nicht nach (nur Ferr. sesquichlorat. hatte Erfolg), und am elften Tage starb das Kind. Die Sektion zeigte, dass es sich um T. gehandelt hatte. Der Fall beweist wieder, dass T. symptomlos oder fast symptomlos verlaufen kann.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1909 Nr. 13.)

- Die **Behandlung der Typhusbazillenträger** muss sich, wie Dr. Schneider (Hagenau) betont, auch darauf erstrecken, dass der Harn von Typhusbazillen befreit wird. Dies gelang ihm dadurch, dass er *Urotropin* ordinierte (dreimal täglich 0,5—1,0); bei allen Kranken, die Typhusbazillen im Urin ausschieden, verschwanden diese nach kurzer Behandlung. Nur *ein* Pat. widerstand derselben; doch war hier rascher Erfolg zu erzielen durch *Borovertin*, das zu dreimal täglich 1 g gegeben wurde.

(Strassburger med. Zeitung 1909 Nr. 6.)

Ulcus ventriculi. Zur Behandlung des Magengeschwürs

von Prof. Dr. W. v. Leube (Würzburg). [Schluss.] Ein Haupteinwand Lenhartz' richtet sich gegen meinen Grundsatz der völligen Nahrungsabstinenz (per os) bei profusen Magenblutungen im unmittelbaren Anschluss an die Blutung. Nach meiner Ueberzeugung und Erfahrung ist aber eine solche geboten! Denn es gibt Fälle, wie ich öfters gesehen habe, in welchen selbst die kleinste Menge in den Magen eingeführter Nahrung, z. B. ein Löffel Milch, sofort wieder Erbrechen und Blutung hervorruft, deren Intensität doch nie im voraus berechnet werden und die unter Umständen tödlich werden kann. Ich sehe die Hauptindikation bei einer durch ein Ulcus bedingten Blutung darin, alles zu tun, um den lebensrettenden Thrombus zustande und die Blutung zum Stillstand zu bringen. Dies wird aber m. E. am ehesten erreicht durch absolute Bettruhe, eine einmalige Dosis von 30 Tropfen einer 1‰igen Adrenalinlösung, eine auf dem Magen ständig liegende Eisblase, durch Wismut und endlich durch Ruhigstellung des Magens mittels einer Injektion von Morphinum (das ich, nebenbei bemerkt, bei der Ulcusbehandlung nie gegen die Schmerzen nötig hatte oder je dagegen empfohlen habe) und durch völlige Nahrungsabstinenz. Von Gelatineinjektionen habe ich niemals unzweideutigen Nutzen gesehen. Lenhartz hält die Einhaltung der Nahrungsabstinenz in den ersten Tagen nach der Blutung für verwerflich; er beginnt vielmehr sofort

mit der Zufuhr von 1 Ei und 200 g Milch zum Magen am ersten Tage, 2 Eiern und 200 g Milch am zweiten und 3 Eiern und 300 g Milch am dritten Tage. Ich selbst ersetze diese Kalorienzufuhr seit jeher durch zwei Nahrungsklistiere pro die, welche aus je 250 g Milch und 2—3 Eiern und einer Messerspitze voll Kochsalz bestehen und, auch wenn nur die Hälfte der in den Klistieren enthaltenen Nährsubstanzen resorbiert würde, jenem von Lenhartz in den Magen gebrachten Nahrungsquantum an Nährwert gleichkommen. Er ist gegen die völlige von mir empfohlene Nahrungsabstinenz (per os), weil er glaubt, mit der wenn auch geringen Nahrungszufuhr die Magensäure binden und die peristaltischen Bewegungen des hungernden Magens reduzieren zu können. Es kann kein Zweifel sein, dass durch die Darreichung von Eiern und Milch Säure gebunden wird. Indessen ist zu bedenken, dass die Eiweissstoffe zwar Säure binden, aber auch die Abscheidung von Säure anregen, und es ist weiter doch mindestens fraglich, ob im nüchternen Magen des Ulcus-kranken Säure angesammelt ist, die vielmehr nach dem, was wir wissen, beim Magengeschwür erst nach Zufuhr von Nahrung als Hyperchlorhydrie sich geltend macht. Uebrigens würde auch auf alle Fälle das nach der Blutung gewöhnlich gereichte Wismut sekretionsbeschränkend wirken. Was ferner die Aufhebung der peristaltischen Bewegungen des hungernden Magens durch die Nahrungszufuhr betrifft, so wird wohl nicht behauptet werden können, dass die mit der Verdauung der eingeführten Nahrung notwendigerweise eintretende motorische Arbeit des Magens geringer sei als die etwaige Peristaltik des hungernden Magens; zudem würde letztere durch Morphinum sicherer und besser als durch Nahrungszufuhr aufgehoben. Ich kann mich daher durch die theoretischen Ausführungen Lenhartz' über den Wert einer Säurebindung durch die Zufuhr von 1—2 Eiern und 200—300 g Milch im Tage und die Aufhebung der peristaltischen Unruhe des hungernden Magens durch dieselbe nicht bestimmen lassen, von dem völligen Freihalten des Magens von Nahrung in den ersten 2—3 Tagen nach der Blutung abzugehen. Erst nachdem die Beschaffenheit des Stuhls (stetige Abnahme der schwarzen Farbe) und das sonstige Verhalten des Pat. den Schluss erlauben, dass die Blutung steht, was gewöhnlich (in mindestens der Hälfte meiner Fälle) nach 2—3 Tagen der Fall ist, gehe ich vorsichtig im Verlaufe von 1—2 Tagen zur vollen Kost I über. Dass

letztere eine Kost ist, welche den Magen schont, wird von niemandem, auch nicht von Lenhartz bestritten. Dagegen wird von Lenhartz angenommen, dass die Milchzufuhr den Magen leicht dehne und damit das Geschwür geschädigt werde. Wenn ich auch natürlich nicht bestreite, dass das Volumen meiner I. Kost ein grösseres ist als das der Lenhartzschen Kost in den ersten acht Tagen, so kann doch anderseits bei der Art, wie die I. Kost auf 5—6 Mahlzeiten im Tag verteilt wird, eine „Dehnung“ des Magens nicht in Betracht kommen. 250 g Milch, auf einmal genommen, stellen doch wirklich im Verhältnis zur normalen Kapazität des Magens (1—2 Liter) eine so geringe Menge dar, dass sie den Magen unmöglich ausdehnen können! Wenn wir weiterhin bedenken, dass 250 g Milch, wie erwiesen ist (Penzoldt l. c. Bd. 51, S. 575 u. a. a. O.), in $1\frac{1}{4}$ Stunden den Magen wieder verlassen und bei meiner Methode der Verabreichung der I. Kost 2—3 Stunden zwischen den einzelnen Nahrungszufuhren liegen, ist mir wirklich nicht begreiflich, wie hier eine verhängnisvolle Dehnung stattfinden könnte. Ich habe auch in der Praxis trotz tausendfacher Anwendung dieser Art der Milchzufuhr Beschwerden, die auf eine Dehnung des Magens hinwiesen, nicht ein einziges Mal bei meinen Ulcuskranken beobachtet. Zudem empfiehlt ja Lenhartz selbst vom 6.—10. Tag aufsteigend 600—1000 g Milch. Ich glaube also, dass von einer stärkeren Dehnung des Magens bei Verabreichung der I. Kost nicht die Rede sein kann. Wohl aber muss ich noch auf die Frage eingehen, ob nicht eine Unterernährung bei meiner Diät gegenüber der Lenhartzschen stattfindet. Auch Lenhartz geht von 200—300 g Milch und 1—3 Eiern erst allmählich zu reichlicher Nahrung über, von dem richtigen Grundsatz geleitet, dass eine Schonungsdiät im Anfang der Behandlung des Magengeschwürs geboten sei. Vergleichen wir, wieviel Stickstoffsubstanzen und Gesamtkalorien in den ersten 13 Tagen, d. h. in der Zeit, in der bei meiner Methode nach vorangehender 2—3 tägiger Abstinenz die I. Kost (bestehend aus: $1\frac{1}{2}$ Liter Milch = 51 N-substanzen, 975 Gesamtkalorien, $\frac{1}{2}$ Büchse Fleischsolution = 25,7 N-substanzen, 115,75 Gesamtkalorien, 200 g Zwieback = 19 N-substanzen, 711,10 Gesamtkalorien) verabreicht werden, so ergibt sich folgendes: Da in den ersten drei Tagen von Lenhartz nur etwa 60 Stickstoffsubstanzen und 900 Gesamtkalorien zugeführt werden und dieses Quantum von Nährsubstanz durch die sechs Nährklistiere bei meiner

Methode (s. o.) in der Abstinenzzeit sicher ersetzt wird, so lasse ich die ersten drei Tage ausser Rechnung. Vom 4.—13. Tag inkl. werden dann zugeführt an:

	N-substanzen	Gesamtkalorien
bei der Lenhartzschen Diät	925	20395
bei meiner Methode . . .	957	18018

Ich glaube darnach, dass Lenhartz und ich wegen des Nährwerts unserer Diätvorschriften nicht weiter zu diskutieren brauchen, zumal namentlich auch die Menge der Eiweissstoffe bei beiden Diätvorschriften ungefähr dieselbe ist. Die Differenzen bezüglich des Nährwerts der beiden in Frage stehenden Diätformen sind, wie ich gezeigt zu haben glaube, so unbedeutend, dass die Sorge einer etwaigen Unterernährung bei meiner Kur nicht in Betracht kommen kann und ich nicht wüsste, warum von meiner altbewährten Ulcusdiät abgegangen werden sollte. Natürlich nimmt ein Teil der Kranken bei meiner Kost I an Körpergewicht ab; das kann bei einer Kalorienzufuhr von 1800 Gesamtkalorien nicht anders sein, wenn es sich um bis dahin gut genährte Individuen handelt. Das muss aber selbstverständlich bei jeder Schonungsdiät, auch bei der Lenhartzschen in den ersten neun Tagen, wo insgesamt nur 8000 Kalorien zugeführt werden, der Fall sein. Bei anderen Kranken aber, die vor ihrem Eintritt in die sachgemässe Behandlung in ihrer Ernährung heruntergekommen sind, und das ist doch bei der Mehrzahl der Ulcuskranken der Fall, genügt die I. Kost in den ersten zwei Wochen nicht nur, um sie vor einem weiteren Sinken des Körpergewichts zu bewahren, sondern bewirkt im Gegenteil, wie dies öfters evident zu konstatieren ist, eine nicht unbedeutliche Zunahme an Körpergewicht! Von einer schädlichen Unterernährung bei meiner diätetischen Behandlungsmethode kann also nicht gesprochen werden, und auch nicht von einer Protraktion der Behandlungsdauer. Ist es doch die Regel, dass bei blutenden Geschwüren schon nach 12—14 Tagen die II. Kost an die Stelle der I. Kost treten kann und die Kranken, wie die Statistik ergibt (s. o.), in 66% der in Genesung ausgehenden Fälle (90%) bereits nach Ablauf der fünften Woche volle bzw. gewöhnliche Kost gut vertragen und das Krankenhaus geheilt verlassen! Noch ein Wort über das Verhalten des Hämoglobins während meiner Kur! In den ersten zwei Wochen, d. h. in der Zeit der Verabreichung der ersten Kost, nimmt der Hämoglobingehalt

des Blutes sicher nicht ab, wie ich in den 25 Fällen, die ich im letzten Winter daraufhin speziell untersuchte, regelmässig konstatieren konnte. Von der dritten bis fünften Woche an, also während der stärkeren Nahrungszufuhr, kann der Hämoglobingehalt nach meiner Erfahrung um 35% steigen. Verschiedene Aerzte, so auch Lenhartz, empfehlen neben der passenden Nahrung Eisen, womit unter Umständen vielleicht eine raschere und stärkere Hämoglobinzunahme erzielt werden könnte. Ich selbst habe damit immer wieder und wieder Versuche gemacht, um durch bessere Blutbildung eventuell die Heilung des Geschwürs zu befördern. Ich habe mich aber hunderte Male überzeugt, dass auch die leichtesten Eisenpräparate und selbst die weichsten Eisenpillen (mit Gelatine und Glyzerin bereitet, wie ich sie seit mehreren Jahrzehnten bei Chlorose usw. anwende) von Ulcuskranken nur mit starken Druckgefühlen oder gar nicht vertragen werden. Ich bin daher seit langer Zeit von jeder Eisenmedikation während der diätetischen Behandlung des Magengeschwürs zurückgekommen und lasse grundsätzlich in dieser Zeit Ulcusranke kein Eisen nehmen, weil ich immer wieder die Erfahrung machte, dass die Heilung des Ulcus dadurch nicht günstig beeinflusst wird. Die Geschwüre heilen auch ohne Verabreichung von Eisen glatt aus. Erst nach der Heilung des Ulcus, gewöhnlich erst ein bis zwei Monate später, lasse ich, wenn es nötig sein sollte, nachträglich noch eine Eisenkur gebrauchen. Das sind aber grosse Ausnahmefälle, indem die Pat. nach der Heilung des Geschwürs mit der Zufuhr der vollen gewöhnlichen Kost ihre alte Leistungsfähigkeit von selbst wieder erlangen. Eine wichtige Tatsache hebt Lenhartz als Frucht seiner Behandlungsmethode hervor: die Seltenheit der Nachblutungen. Ich gebe ohne weiteres zu, dass in meinen 80 Fällen profus blutender Geschwüre in sieben Fällen Nachblutungen auftraten, also etwas (einige Prozente) häufiger als in den Fällen Lenhartz'. Aber hieraus ein definitives Urteil pro aut contra abzugeben, halte ich gerade in diesem Punkte für nicht erlaubt in einer Frage, wo alles darauf ankommt, ob im einzelnen Falle zufällig ein grösseres Gefäss arrodirt ist oder nicht. Wie schon bemerkt, gibt es eben Fälle, wo jede Nahrungszufuhr eine neue Blutung anregt, andere, wo dies, nachdem sich einmal der Thrombus gebildet hat, nicht der Fall ist. Vorher aber zu berechnen, ob der einzelne Fall zu den ersteren zählt, sehe ich mich ausserstande und werde deswegen

und aus den früher angegebenen Gründen bei der Nahrungsabstinenz von seiten des Magens in der ersten Zeit nach erfolgter Blutung bleiben. Vollkommen stimme ich mit Lenhartz überein, dass in der auf die Blutung folgenden Zeit keine Abführmittel gereicht werden sollen. Seit Jahren befolge ich diesen Grundsatz bei der Behandlung blutender und nicht blutender Geschwüre, indem für die Stuhlentleerung, solange der Pat. I. Kost erhält (1—2 Wochen), lediglich durch Klistiere, nie durch per os verabreichte Medikamente gesorgt wird. Später kann man eventuell von Karlsbadersalz oder Rhabarber-Natronpulver Gebrauch machen. Ich fasse meine Grundsätze und Erfahrungen in bezug auf die Behandlung des Magengeschwürs in folgendem zusammen:

1. Meine Methode der Behandlung *nicht blutender* Geschwüre des Magens liefert so unwiderleglich ausgezeichnete Resultate (in 547 Fällen 90% Heilungen, davon drei Viertel der Fälle in vier bis fünf Wochen geheilt, kein Todesfall), dass ich auch nicht die leiseste Veranlassung sehe, von den Grundsätzen, die ihr zugrunde liegen, abzugehen, sondern sie auch weiterhin für die empfehlenswerteste halte.

2. Auch bei *blutenden* Magengeschwüren hat meine Methode sehr gute Resultate aufzuweisen (90% Heilungen, davon wenigstens zwei Drittel der Fälle in fünf Wochen, 2,5% Todesfälle). Die Erfolge mit der Lenhartzschen Methode haben aber gezeigt, dass man auch mit dieser zu einem guten Ziel kommt und offenbar in der Diät etwas rascher vorangehen darf, ohne eine neue Blutung zu riskieren. Wenn ich also auch zugeben will, dass ein Individualisieren in der Diät bei einzelnen Fällen von Magengeschwüren erlaubt, ja unter Umständen geboten ist, so wäre es doch meiner Ansicht nach verfehlt, zu weit von den durch Experiment und Praxis erprobten Einzelheiten meiner Schonungsdiät abzugehen. Vielmehr ist diese als eine feste Basis für das therapeutische Handeln zu betrachten und darnach vorzugehen, indem wir sonst notwendigerweise in ein nicht zu rechtfertigendes, unheilvolles Hin- und Herschwanken in unseren Diätverordnungen bei Magenkranken, speziell bei den Magengeschwürskranken, geraten, das dem Kranken nicht zum Nutzen, sondern nur zum Schaden gereichen kann.

3. In den ersten Tagen nach dem Eintritt der Magenblutung beim Ulcus ist die *völlige Nahrungsabstinenz* von seiten des Magens, bis die Blutung gestillt ist, meines

Erachtens der schon durch die Vorsicht gebotene und aus den oben angegebenen Gründen einzig empfehlenswerte Modus procedendi.“ (Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 22.)

Vitia cordis. Ist das Pulver der Digitalisblätter besser oder ihr Infus? Diese Frage beantwortet Dr. Focke (Düsseldorf) wie folgt:

„In den letzten Jahren sind mehrfach von Kollegen, denen meine Beschäftigung mit der Digitalis bekannt war, mündlich oder schriftlich darauf bezügliche Fragen an mich gestellt worden. Diese betrafen meistens die Digitalisblätter selbst, entsprechend der mit Recht überwiegenden Ansicht, dass der Gebrauch der reinen Droge die beste Wirkung gäbe. Da nun einzelne Fragen sich wiederholt haben, so ist zu vermuten, dass man auch anderwärts in der Praxis sich dieselben vorlegt; und deshalb dürfte hier die Besprechung der am häufigsten vorgekommenen Frage, ‚Was ist besser, das Pulver oder das Infus?‘ vielleicht einigem Interesse begegnen. Manche Aerzte halten das Infus für besser; andere, wie unter den Klinikern z. B. Eichhorst, gebrauchen fast nur das Pulver. Wer hat recht? — Meines Erachtens sind heute beide Formen in gleichem Masse wertvoll; nur kommen dabei einige Besonderheiten in Betracht. Was zunächst die Stärke der Wirkung betrifft, so habe ich bei einer früheren Gelegenheit gezeigt, welche Lehre aus der älteren Kasuistik in bezug auf das Stärkeverhältnis zwischen Pulver und Infus zu ziehen ist. (Zeitschrift für klinische Medizin 1902, Bd. 46, S. 388.) Beim Erwachsenen wurde eine Digitaliswirkung von normaler Stärke gewöhnlich erzielt

mit officinellen Blättern

als Pulver			als Infus		
unter Schwankungen von			unter Schwankungen von		
aus-	0,5	beson-	aus-	0,8	beson-
nahms-	bis	ders im	nahms-	bis	ders im
weise	etwa	Som-	weise	etwa	Som-
im	2,0	mer	im	4,0	mer
Herbst			Herbst		
durchschnittlich von 1,0			durchschnittlich von 2,0.		

Hiernach wirkte also das Pulver der officinellen Blätter im allgemeinen doppelt so stark wie die gleiche Dosis im Infus. Das gilt aber heute nicht mehr für die Folia ‚titrata‘. Seit diese zur Verfügung stehen, d. h. seit 1903, habe ich durch sorgfältige Beobachtung an zahlreichen

Pat. gefunden, dass bei überhaupt geeigneten Erwachsenen eine normale Digitaliswirkung erzielt wird

mit titrierten Blättern

ohne erhebliche Schwankungen

als Pulver

als Infus

durchschnittlich von etwa 0,8 | durchschnittlich von etwa 1,0.

Es sind also, von Menschen eingenommen, 4 Teile Fol. digit. titr. in Substanz äquivalent 5 Teilen als Infus. Mit anderen Worten: von den wirksamen Substanzen, die aus dem Blätterpulver der Magendarmkanal in den Kreislauf überführt, gehen $\frac{4}{5}$ auch mittels des Infuses in den Kreislauf über; $\frac{1}{5}$ bleibt im Pressrückstand zurück. Wenn der Chemiker nach der Keller-Frommeschen Methode den Gehalt an Digitoxin zuerst in getrockneten Digitalisblättern und dann in einem aus derselben Blätterprobe bereiteten Infus bestimmt, so findet er in letzterem rund 70 % des Digitoxins, obgleich das Digitoxin sonst fast wasserunlöslich ist. Da nun die an Menge hinter dem Digitoxin nicht zurückstehenden, wasserlöslichen Wirkungsstoffe zu mindestens 90—95 % in das Infus übergehen werden, so kommt man auch von der chemischen Betrachtung her zu der Annahme, dass das Infus durchschnittlich 80 % der wirksamen Bestandteile der Blätter enthält. Dass der Unterschied in der Wirksamkeit beider Zubereitungen bei den titrierten Blättern soviel kleiner ist als bei den offizinellen, erklärt sich leicht. Wenn der Apotheker nach der alten Mode im Sommer seine frischen Blätter bekommt, so trocknet er einen Teil davon stärker, um ihn zu pulvern, oder er bezieht gleich einen Teil als fertiges Pulver. Das Pulver hat dann einen Wassergehalt von vielleicht 4 % und zieht auch weitere Feuchtigkeit höchstens in geringem Masse an, weil es in Gläsern mit Stöpsel aufbewahrt zu werden pflegt. Aber die ganzen bzw. zerschnittenen Blätter, die vorschriftsmässig, wenn der Arzt nur Inf. fol. Digit. verschrieben hat, zur Infusbereitung dienen, haben 8—10 % Feuchtigkeit und verderben in höherem Grade, ohne dass man es ihnen ansieht. Dadurch entsteht zwischen Pulver und Infus der grössere Wertunterschied bei den offizinellen Blättern. Deshalb war auch die Abneigung mancher Aerzte gegen das Infus früher einigermaßen berechtigt. Denn wegen der gewöhnlichen Minderwertigkeit gerade der zum Infus benutzten Blätter kamen gerade bei ihm grössere Wirkungsunregelmässigkeiten und, weil man notgedrungen grössere Dosen brauchte, auch leichter Magenstörungen und Nebenwirkungen vor als beim Pulver. Dieser Nach-

teil fällt jetzt ganz fort, wenn man die (scharf ausgetrockneten) Fol. Digit. ‚titr.‘ verordnet, die nicht verderben und aus denen ebenso die Infuse wie die Pulver hergestellt werden. In beiden Fällen erfolgt eine reine Digitaliswirkung. Man muss nur das erwähnte Aequivalentverhältnis berücksichtigen. Es sind also z. B. vom Infus 10 Esslöffel zu 0,1 äquivalent 10 Pulvern zu 0,08. Welches von beiden soll man nun wählen? Für das Pulver spricht, dass es in Pillen, Oblaten oder Kapseln geschmacklos genommen werden kann. Für das Infus spricht seine etwas schnellere Wirkung. Um ein Urteil über die Schnelligkeit der Wirkung zu erhalten, kann man Erfahrungen, die noch mit den offizinellen Blättern gewonnen wurden, auf die z. B. auch die Zusammenstellung von F. Schaeffer aus der Strassburger Klinik sich bezieht¹⁾, nicht verwerten. Denn hier werden nicht äquivalente Blätter und Mengen verglichen, so dass der Trugschluss von einer schnelleren Wirkung des Pulvers zustande kommt. Bei Benutzung äquivalenter Mengen ein und derselben Droge wird jeder die etwas schnellere Wirksamkeit des Infuses leicht bestätigen können. Wenn die erwähnten mittleren Gaben in zwei Tagen verbraucht worden sind²⁾, so ist nach meiner Schätzung die Wirkung auf ihrer Höhe angelangt beim Infus 15—20 Stunden nach der letzten Gabe, beim Pulver 20—36 Stunden nach der letzten Gabe. Das ist auch leicht begreiflich. Beim Einnehmen des Infuses befindet sich alles Wirksame schon im gelösten Zustande, während es nach dem Einnehmen des Pulvers erst durch die Verdauungsarbeit gelöst werden muss. Weil ein Fünftel der wirksamen Stoffe, und zwar vorwiegend von ihrem wasserunlöslichen Teil, in das Infus nicht übergeht, so halte ich es für möglich, dass zwischen Pulver und Infus auch ein geringer qualitativer Wirkungsunterschied besteht. Aber man wird über einen solchen Unterschied erst dann Erfahrungen austauschen können, wenn die gleichwertigen Blätter in beiden Zubereitungsarten und in äquivalenten Mengen von den Kliniken erst einige Zeit lang gebraucht worden sind. Bisher liegen über qualitative Unterschiede meines Wissens noch keine einwandfreien Mitteilungen vor. Somit darf man einen solchen Unterschied wohl jedenfalls als sehr gering be-

¹⁾ Ueber kumulative Nebenwirkungen bei der Digitalistherapie mit Infus und Pulvern. Inauguraldissertation. Strassburg 1907.

²⁾ Auf diese Voraussetzung ist besonders beim Infus zu achten, weil die Esslöffel meistens weniger als 15 ccm fassen, so dass von einem 150 ccm-Infus nach dem Verbrauch von 10 Esslöffeln oft noch ein Viertel übrig ist

trachten und in der Praxis einstweilen ausser acht lassen. Man wähle das Pulver oder das Infus einfach nach der Bequemlichkeit oder nach äusseren Umständen; nur ist dabei das wahre Aequivalentverhältnis 4:5 zu beachten!“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 28.)

Vermischtes.

Dentaler Stirnkopfschmerz, so betitelt Dr. Fr. Müller (Heilbronn) eine Mitteilung, in der er folgenden interessanten Fall schildert: „Frl. A. S. erscheint im Juni 1908 in meiner Sprechstunde mit Klagen über behinderte Nasenatmung und intensiven Kopfschmerz in der Stirn. Dieser Schmerz ist von bohrendem Charakter, mehr oder weniger intensiv; bald empfindet die Pat. nur ein leichtes Weh, bald einen bohrenden Druck, der direkt über der Nasenwurzel am stärksten ist und nach oben hin ausstrahlt; diese Beschwerden können rasch vorübergehen, aber auch Stunden lang anhalten. Der Untersuchungsbefund ist folgender: Beklopfen der Stirngegend nicht empfindlich, Nervus supraorbitalis ohne schmerzhaften Druckpunkt, Durchleuchtung der Stirnhöhle und der Kieferhöhle ergibt normale Verhältnisse. Die Nase zeigt leichte vasomotorische Schwellungen der unteren Muscheln; die vorderen Enden beider mittleren Muscheln sind von mässig verdickter Schleimhaut bedeckt; im Infundibulum eine geringe Menge glasigen Schleimes. Im Nasenrachenraum eine deutlich vergrösserte Rachenmandel; diese ist nur hypertrophisch; kein Schleimeiter auf ihrer Oberfläche oder auf der hinteren Rachenwand. Ich entschliesse mich zur Entfernung der hypertrophischen Rachenmandel, welche erfahrungsgemäss Behinderung der Nasenatmung und Stirnkopfschmerzen hervorrufen kann; die Nasenatmung wird durch diesen Eingriff zwar gebessert, die Kopfschmerzen verschwinden aber nicht. Infolgedessen behandle ich die Gegend des Infundibulum resp. des ganzen Hiatus semilunaris, in welchen die Stirnhöhle, vordere und mittlere Siebbeinzellen und die Kieferhöhle einmünden, lokal, aber ohne sichtbaren Erfolg. Die Kopfschmerzen verschwinden zwar mehr als bisher, kommen aber doch zeitweise wieder; im ganzen kann man eine leichte Besserung konstatieren.

Eine Resektion der vorderen Enden der mittleren Muscheln, welche wegen des Verdachtes auf eine katarrhalische Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen in Betracht kommen könnte, wird nicht vorgenommen, da mir die lokalen Veränderungen doch zu gering sind und die Pat. sich von einer Luftveränderung Besserung verspricht; diese Hoffnung hege ich selbst auch; dass Pat. in reiner Höhenluft Beschwerden, die von Nebenhöhlenkatarrhen herrühren, oft überraschend schnell verlieren, ist bekannt und auch leicht verständlich; in erster Linie ist es wohl die Reinheit der Luft, welche das Abschwellen der Schleimhäute begünstigt, ferner die niedere Lufttemperatur, deren günstige Einwirkung man ja auch in tief gelegenen Gegenden bei uns z. B. im Winter beobachten kann. Dazu kommt dann noch der Aufenthalt und die Bewegung in freier Luft; letztere bewirkt eine gleichmässige Verteilung der Blutzirkulation im Körper; die Atmungsfrequenz steigt und der einzelne Atemzug wird tiefer, womit eine häufigere und gründlichere Ventilation der Nase einhergeht. Die absolute Höhenlage als solche kommt vielleicht weniger in Betracht als die zunehmende Reinheit der Luft in höheren Lagen. Der erhoffte Erfolg bleibt aus. Während des Septembers steigern sich die Kopfschmerzen; zugleich treten aber noch andere Beschwerden auf, nämlich intensive Schmerzen vor der linken Ohrmuschel, die in die linke Wange ausstrahlen. Die Stirnschmerzen sind weniger heftig als das „Ohrenweh“, sie kommen und verschwinden mit diesem. Diese Neuralgie im Gebiet des Nervus auriculo-temporalis (erster sensibler Ast aus dem dritten Hauptast des Trigeminus, N. maxillaris inferior) weist darauf hin, dass die Otalgie dentalen Ursprungs sein muss. Ich sende die Pat. daher zum Zahnarzt, Herrn Montigel, welcher mir folgenden Bericht schickt: Mol. 1 sup. sin. von der Approximalfläche aus tief kariös, Pulpa gangraenosa totalis. Die Wurzelspitze der palatinalen Wurzel zeigt einen eitrigen Zerfall der Wurzelhaut, jeder Pulpenkammer entströmt ein starker jauchiger Geruch. Im Unterkiefer links ist das Zahnfleisch vor dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers straff gespannt, ein sicheres Zeichen, dass der Weisheitszahn durchbrechen will. Praem. 1. inf. sin. ist an der distalen Approximalfläche kariös; Pulpa noch vorhanden, jedoch partiell entzündet. Mol. 1. sup. sin. wird gezogen, praem. 1. inf. sin. wird behandelt. Nach der Entfernung des Zahnes im linken Oberkiefer und nach dem Freilegen der Pulpa des Prämolaren im linken Unter-

kiefer, wobei zum Abtöten des Nerven ein Medikament eingelegt wird, sind sowohl die Stirnschmerzen als auch das Ohrenweh verschwunden. Nach dem Plombieren des Prämolaren zeigen sich die Schmerzen noch einmal vorübergehend und ohne besondere Heftigkeit; seitdem haben sie sich nicht mehr gezeigt. Dass die Stirnkopfschmerzen über der Nasenwurzel im Gebiet der Glabella dentalen Ursprungs waren, kann nicht bezweifelt werden. Dem Charakter nach handelte es sich um eine Neuralgie im Gebiet des N. supratrochlearis, der ein Hauptendast des N. frontalis ist, von der Teilungsstelle dieses Nerven aus schräg medianwärts gegen den M. obliquus superior verläuft, an dessen Rand er weiterzieht, bis er über der Trochlea teils zum oberen Augenlide, teils zur Haut der Stirne an der Glabella sich verzweigt (Gegenbaur). Was den Gang der Entwicklung der Beschwerden betrifft, so entstand zunächst im Juni eine Entzündung der Pulpa des ersten Molaren im linken Oberkiefer; diese machte aber keine lokalen Erscheinungen, sondern erzeugte die Supratrochlearisneuralgie. Allmählich wurde die Pulpa gangränös, womit die neuralgischen Beschwerden nachliessen. Nach und nach ging die Infektion von der gangränösen Pulpa auf die palatinale Wurzel über, wodurch wieder intensivere Beschwerden entstanden. Zu gleicher Zeit begann die Pulpitis im Prämolaren des linken Unterkiefers, der die Otalgie erzeugte. Ausserdem trug jedenfalls auch der Durchbruch des Weisheitszahnes dazu bei, den Trigemini reizbarer zu machen. Besonders bemerkenswert ist im vorliegenden Fall der Umstand, dass die Pat. gar keine Zahnschmerzen hatte, so dass sie den Nasen- und Ohrenarzt aufsuchte; dies ist relativ häufig der Fall; derartige Beobachtungen macht man um so häufiger, je öfter man daran denkt, dass hinter Neuralgien als Ursache eine Zahnkrankheit stecken kann. Ganz besonders gilt dieser Satz für die dentale Otalgie und ich bin überzeugt, dass unter der psychischen Einwirkung einer flagranten dentalen Otalgie bei vorhandener Mittelohreiterung mancher Warzenfortsatz aufgemeisselt wird, ohne dass es notwendig ist. Eine derartige Verwechslung ist ganz besonders dann möglich, wenn ein gangränöser Zahn äusserlich gesund aussieht; nur die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen oder die Untersuchung mit dem Induktionsstrom kann hier Klarheit verschaffen. Sehr lehrreich sind in dieser Beziehung auch die Angaben A. Gordon Gullors. Er schreibt: „Wenn sich Neuralgie, wie es oft der Fall ist,

am Kopf oder Gesicht zeigt, so finden wir bei näherer Prüfung, dass die Ursache unweigerlich Karies der Zähne ist; der Schmerz verschwindet, sowie man die kariösen Zähne entfernt und den Mund in gesunden Zustand versetzt. Ich bin in der Tat überzeugt, dass ich einen niedrigen Prozentsatz angebe, wenn ich sage, dass in neunzig von hundert Fällen von Kopf und Gesichtsneuralgie dieselbe auf kariöse Zähne zurückzuführen ist. Das Krankenjournal meiner ambulatorischen Abteilung führte im letzten Jahre 830 neue Pat. auf, von denen 49, das sind 6%, an Neuralgie litten, die sich als Folgeerscheinung kariöser Zähne herausstellte. In einem besonderen Fall liess sich bei einer jugendlichen Pat. sogar eine allgemeine Neuralgie auf kariöse Zähne des Ober- und Unterkiefers zurückführen. Die Schmerzen erstreckten sich bei der Pat. von der Schulter bis zu den Schenkeln; nach Extraktion der Zähne ging diese Neuralgie sofort zurück.“ Bei der Häufigkeit der Zahnkrankheiten kann man daher nicht oft genug an kariöse Zähne denken, wenn man schwere, für den Pat. unter Umständen verhängnisvolle diagnostische Irrtümer vermeiden will. (Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 5.)

— **Jodomenin** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. R. Friedmann (Berlin). Indem Jodomenin eine langsame Resorption des Jods mit Umgehung des Magens gewährleistet, wird eine mildere, aber nicht weniger energische Jodwirkung als mit Jodalkalien erzielt. Eine Jodomenin-tablette à 0,5 g entspricht etwa 0,06 g Jodkalium. Man gibt bei Erkrankungen der Atmungs- und Zirkulationsorgane am besten 2—3mal täglich eine Tablette, bei tertiären Formen der Lues kann man die Dosis auf das Doppelte steigern. Jodomenin zeichnet sich auch durch den guten Geschmack aus. Bei den Spätformen der Syphilis, bei Arteriosklerose, chronischer Bronchitis, Skrophulose, bei Asthma bronchiale und cardiacum hat Autor das Präparat mit bestem Erfolge angewandt. Bei einer ganzen Anzahl von Pat., die Jodkali resp. Jodnatrium nicht vertrugen, konnte Jodomenin anstandslos benutzt werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 11.)

Bücherschau.

Fritz Rosenfeld hat das Werk Huchards „**Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung**“ ins Deutsche übertragen (Leipzig, J. A. Barth. Preis: 5 Mk.) und sich dadurch unseren Dank verdient. Wie hervorragend der französische Autor gerade auf diesem Gebiete ist, weiss auch jeder deutsche Arzt, sein Buch wird daher von vornherein vollem Interesse begegnen. Aber der Autor versteht es auch, kurz und klar seine Ansichten und Erfahrungen vorzutragen, er versteht es, den Forderungen der Praxis gerecht zu werden. Der Praktiker wird daher dieses Buch mit grösstem Vorteil studieren und auf diesem für ihn so ungemein wichtigen Gebiete neue Anregungen empfangen und vielseitige Belehrung erfahren. — Auch ein anderes im gleichen Verlage erschienenenes Buch: **Analytisches Diagnosticum** von Dr. E. Kraft (Preis: 9 Mk.) wird, obwohl ähnliche Publikationen bereits vorliegen, den Aerzten gewiss willkommen sein, da es in möglichster Kürze alles Wichtige über die chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden im Harn, Auswurf, Magensaft, Blut, Kot usw. bringt und als zuverlässlicher Ratgeber bei solchen Arbeiten dienen kann. Der Praktiker bedarf hierzu weniger der grossen Hand- und Lehrbücher als eines Vademecums, in welchem er sich rasch orientieren kann. Als solches ist das Kraftsche Buch mit seinen präzisen Angaben und zahlreichen Abbildungen warm zu empfehlen.



Für den redaktionellen Teil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.



Für den praktischen Arzt

bedeutet der „Kaffee Hag“, coffeinfrei, eine wertvolle Bereicherung seines Diätzettels. Kam er bisher in die Lage, seinen Patienten aus irgend einem Grunde den Genuss des Kaffees verbieten zu müssen, so kam er in Verlegenheit, welches Ersatzgetränk er empfehlen sollte. Gerade der, für die Coffeïnwirkung des Kaffees empfindliche Nervenranke war am schwersten zu bewegen, dem ihm lieb gewordenen Kaffeegegnuss zu entsagen. Jetzt kann der Arzt „Kaffee Hag“, coffeinfrei, empfehlen, der keinerlei nachteiligen Einfluss auf Herz und Nerven hat und dessen Unschädlichkeit selbst für schwer Leidende durch klinische Versuche festgestellt ist. „Kaffee Hag“, coffeinfrei, ist echter Tropenkaffee und im Geschmack und Aroma von dem coffeïnhaltigen Kaffee nicht zu unterscheiden. Er bietet also bei absoluter Unschädlichkeit vollen Kaffeegegnuss.

Die Kaffee-Handels-Aktien-Gesellschaft, Bremen, sendet auf Wunsch Gratisproben und wissenschaftliche Literatur.

Der Allgemeinzustand des Patienten

wird durch alkaloidhaltige Genussmittel oft in unerwünschter Weise beeinflusst. Kathreiners Malzkaffee ist bei würzig kräftigem Wohlgeschmack absolut indifferent. Ein besonderer hygienischer Vorzug ist seine durch die musterhafte Fabrikation und Verpackung garantierte Reinheit und Unverfälschtheit.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

Ichthyol-Gesellschaft
Cordes, Hermann & Co. **HAMBURG.**

Alleinige Fabrikanten von:

Ichthyol.

Bewährtes organisches Schwefelpräparat.

Ichthoform.

Bewährtes Darmantisepticum.

Literatur und Gratisproben vorstehend verzeichneter Präparate, deren Namen uns gesetzlich geschützt sind, stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Jodtropon-Tabletten.

Jede Tablette à 1 g enthält 0,05 g Jod
an Tropon gebunden. Angenehm zu nehmen.

Literatur und Proben kostenfrei durch

Troponwerke Mülheim-Rhein.



Warum **Kaisers Kindermehl**
eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis Proben gratis
1/4 kg-Dose 65 ¢ 1/2 kg-Dose 1.25.

Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

Dr. Walther Koch's „Praevalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer
und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung
und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anämie
und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-
roborierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur
auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Ge-
brauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerlei, Abt. chem. Fabrik

in Döhren bei Hannover.

Original from

UNIVERSITY OF MICHIGAN

Deutsch-Südtirol

Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

Prospekte auf Verlangen.

Lenicet

Euvaselin

Bleno-Lenicet-Salben

Dr. R. Reiss'
Lenicet- u.
Euvaselinfabrik
Charlottenburg 4

schwerlösl.
essigsaure
Tonerde
in
Streupulvern,
Salben:
Chirurgie,
Dermatolog.
Ophthalmolog.
Gynaecolog.



Neuheit!

D. R. P. Nr. 193 323.
D. R. G. M. Nr. 329 682.

vergl.
„Zentralblatt
für
Chirurgie“
Nr. 18,
1908.

Apparat zur Anlegung fester Verbände an der unteren Extremität nach Dr. Manasse

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Operation von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.

Preis Mk. 120.—. Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom
Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowerstr. 18/19,**
Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.

Aus dem Quellsiederschlage der Schwefelquellen des Königl. Bades Nenndorf, aus neutraler Seife und Lanolin, wird durch Filieren hergestellt die überfettete

Nenndorfer Schwefelseife

Bestes kosmetisches Mittel bei unreiner Haut, Heilmittel bei nässenden und trockenen Ausschlägen und Flechten, Psoriasis vulgaris, Sykosis, Pruritus, Furunculosis etc. etc.

Nenndorfer Mundwasser

ist gegen Stomatitis das wirksamste, angenehmste und billigste Mittel zur gründlichen Pflege des Mundes und der Zähne.

Zu haben in den Apoth., ev. durch Apoth. A. Jacobi, Bad Nenndorf b. Hannover.

**Laxin
Confect**

Original Dose (20 Stück) 1-Mark

**Abführende
Fruchtpasten**

von höchstem Wohlgeschmack und sicherer, milder Wirkung.

Proben und Literatur gratis.

Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.

Nährpräparate:

Prof. Dr.
Soxhlet's

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulverform in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu 1,50 Mk.

Nährzucker-Kakao in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt 2,— Mk.

Leicht verdauliche Eisenpräparate,

klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H. H. Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H.
in Passing bei München.

Kein Vehikel befördert die
Resorption wie

Vasogen

Creosot-Vasogen 20%

Intern und extern überall, wo Creosot indicirt ist.
Die äusserliche Application ersetzt die innerliche Darreichung voll-
kommen, ohne die Verdauungsorgane zu belästigen. Glänzende
Erfolge in der Praxis.

Andere seit Jahren bewährte und in allen klinischen Instituten
ständig gebrauchte

flüssige Vasogen-Präparate:

Jod-Vasogen 6% und 10%, Jodoform-Vasogen 3%, Salicyl-Vasogen 10%,
Ichthyol-Vasogen 10%, Camphor-Chloroform-Vasogen 33 $\frac{1}{3}$ %

in Original-Flaschen 30 gr Mk. 1.—, 100 gr Mk. 2.50.

Da werthlose Nachahmungen vorhanden, bitten wir, stets
unsere Original-Packung „Pearson“ zu ordiniren.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Lactagol

ein specifisch wirkendes Lactagogum.

Ueberraschend prompte Vermehrung sowohl der
Milchmenge wie des Fett- und Eiweiss-Gehaltes,
meist schon in 1—2 Tagen deutlich wahrnehmbar.

Proben und Literatur durch

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

XIX.
Jahrgang.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

Einzelpreis 45 Pf.

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—
zuzüglich Porto.

№ 2.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.
Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Inhalts-Verzeichnis:

Anämien. — Frakturen und Luxationen. — Fremdkörper. — Gangrän. —
Morbus Basedowii. — Opstipatio. — Pertussis. — Rheumatismen. —
Rhinitis. — Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. — Syphilis. —
Tumoren. — Vermischtes. — Bücherschau.

Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzeneiweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. ≡ Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2—6 Tabletten täglich. ≡ Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes J ≡ Literatur und Proben kostenfrei.

Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz

CARL SALLMANN IN LEIPZIG.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Interne Therapie der Gonorrhoe

THYRESOL

(Santalolmethylaether)

vollkommen reizlos, tadellos bekömmlich.

Spaltet im Körper kein freies Santalol ab,
daher ohne schädigende Wirkung auf Darm
und Nieren, beseitigt prompt subjektive Be-
schwerden, beschränkt entzündliche Erschei-
nungen und eitrige Sekretion, klärt den
trüben Urin und verhindert Komplikationen.

Verordnung: flüssig in Tropfflacon à 10 g } „Originalp.-Bayer“
Gelatine-Perlen, à 0,25 g Nr. XXX }
und bes.

Neu! THYRESOL-TABLETTE **Neu!**

à 0,25 g Nr. XXX „Originalp.-Bayer“
(mit Magnes. carbonic. zur gleichzeitigen Regelung der Darmfunktion).

Die wesentlichen Bestandteile

der „Kaiser-Friedrich-Quelle“, Offenbach am Main,
als alkalisch-muriatische Quelle in 1 kg des Wassers
sind: 2,0347350 g Hydrokarbonat, 0,7249350 g
Chlor-Jon, ausserdem 0,0024416 g Lithium-Jon,
entspricht ungefähr 2,720260 g Natriumhydrokar-
bonat, 1,170840 g Natriumchlorid und 0,023631 g
Lithiumhydrokarbonat. Diese Zusammensetzung
erklärt die Wirksamkeit der Quelle namentlich
für die Behandlung von **Gicht und Nieren-**
steinen.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die
Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

SALEN.

D. R. P.

leicht resorbierbarer, geruchloser,
vollständig reizloser Salizylsäureester
zur externen Behandlung von Rheumatosen,
sowie bei akuten Gichtanfällen.

Rp. Salen. spir. aa 10,0 S. äusserlich.

Bei akuten Gichtanfällen: Rp. Salen. pur. 15,0 S. zum Aufpinseln.

SALENAL

Ungt. Salenae mit 33 $\frac{1}{3}$ % Salen. pur.

Bequemste und billigste Anwendungsweise von Salen.

Kassenpraxis

Rp. 1 Originaltube Salenal (ca. 30 g entsprechen 10 g Salen. pur.)
M. 1,10.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz
der versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze zu Trunkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

Dr. Ernst Sandow's Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20, 30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift
des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarrhal. u. entzündl. Augenerkrankungen,
sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.

Collargol

Eine konsequent durchgeführte Collargolbehandlung (Klysmen, Injektionen) heilt bei genügender Dosierung viele Fälle schwerster **Allgemeininfektion**. — Vollwertiger, ganz ungefährlicher **Ersatz für Höllenstein** bei allen **infektiösen** Erkrankungen des **Auges**, der **Blase** und **Urethra**, des **Rachens** und **Kehlkopfs**, der **Nase** mit **Nebenhöhlen**.

Tannismut

Darmadstringens mit rasch eintretender und lange anhaltender Wirkung bei **akuten** und **chronischen Diarrhöen**. Leicht zu nehmen, billig, gut vertragen. Verbindet **Wismut-** und **Tanninwirkung**.

Xeroform

Absolut ungiftiges, reizloses, sterilisierbares **Wundstrepulver**. Spezifikum bei nässenden Ekzemen, **Ulcus cruris**, **Brandwunden**.

Salit

Schnell schmerzstillendes und heilendes **Einreibemittel** bei **Rheumatosen**. Salit wird **unverdünnt** von der Haut vertragen.

Gastrosan

Vortreffliche Wirkung bei abnormen **Gärungs-** und **Fäulniserscheinungen** im **Magen-darmkanal** mit ihren Folgezuständen, bei **Hypersekretionsbeschwerden** und bei **Katarrhen** der **Magen-** und **Darmschleimhaut**.

Creosotal „Heyden“, Duotal „Heyden“,

altbewährte Heilmittel bei allen infektiösen Krankheiten der **Luftwege**.

Acetylsalicylsäure „Heyden“, in **Pulverform** und als **Tabletten**, die im **Wasser** sehr leicht zerfallen, ausserordentlich billig und von vorzüglicher **Qualität**.

Proben und Literatur kostenfrei.

(Wir bitten um Angabe der Anzeigen-Nummer: 10 G.)

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

November

XIX. Jahrgang

1909

Anämien. Einen Beitrag zur Nukleogenbehandlung liefert

Dr. Weddige (Alexianer-Irrenanstalt bei Amelsbüren). Die von dem Laboratorium Hugo Rosenberg in Berlin aus den Kernen der Hefezellen dargestellte Eisen-Phosphor-Arsenverbindung der Nukleinsäure, Nukleogen genannt, leistete bei A. und Ernährungsstörungen recht gute Dienste; baldige Zunahme des Appetits und allmähliges Heben des Körpergewichts wurden konstatiert.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1909 Nr. 31.)

— Ueber die Verwertung von Augenhintergrunds-Untersuchungen zur Differentialdiagnose zwischen perniziösen A. und schweren sekundären A. berichtet Dr. F. Hesse (Krankenhaus Charlottenburg-Westend) und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Augenhintergrundsblutungen gehören zum Bilde der perniziösen A. 2. Alle anderen Anämien, insbesondere die kachektischen, die Krebsanämien, weisen im allgemeinen keine Augenhintergrundsblutungen auf. Da aber doch vereinzelt solche vorkommen können, so kann man aus diesem Ergebnis schliessen: Bei schweren A. unklarer Herkunft muss man zur Sicherung der Diagnose auch den ophthalmoskopischen Befund mit heranziehen und darf sagen, dass 1. Augenhintergrundsblutungen für die perniziöse Form der A. sprechen und dass 2. das dauernde Fehlen von Retinablutungen unsere Diagnose auf verborgenen Tumor malignus — namentlich Carcinoma in intestinis — verweist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 32.)

- **Arsenferratin** und **Arsenferratose** gab Dr. M. Dölling (Hermisdorf i. E.) Anämischen, Chlorotischen und durch Krankheiten stark Geschwächten und hatte sehr schöne Erfolge zu verzeichnen. Von ersterem Präparat liess er erst 3—4mal täglich eine und nach einigen Jahren zwei Tabletten nach den Mahlzeiten in Milch, Tee u. dgl. nehmen, von letzterem erst einen, dann zwei Teelöffel nach den Mahlzeiten. (Allgem. med. Zentral-Ztg. 1909 Nr. 37.)

Frakturen und Luxationen. Zur Behandlung der

typischen Radiusfraktur schreibt Dr. P. Glaessner (Chirurg. Klinik der Charité zu Berlin): „Während im allgemeinen bei der Reduktion der typischen Radiusfraktur unter starkem Zug am Daumen die Hand mit einem plötzlichen kräftigen Ruck in Flexion, Pronation und Abduktion gebracht wird, verfahren wir nach der von König seit vielen Jahren geübten Methode so, dass die Hand zunächst im Sinne der stattgehabten Verletzung mit einem kräftigen plötzlichen Ruck stark dorsal flektiert wird, um dann in die übliche oben genannte Stellung gebracht zu werden. Auf diese Weise gelingt es ausserordentlich leicht, das periphere Fragment zu mobilisieren und so eine vollkommene Beseitigung der Deformität im Bereiche des Handgelenks zu bewirken. Wird diese Manipulation schnell genug ausgeführt, so hat der Pat. kaum Zeit, Schmerzen zu äussern, und man kann sofort an die Anlegung des Verbandes schreiten. Hier möchte ich noch hervorheben, dass die eben geschilderte Reduktionsmethode sich auch bei älteren, schon in schlechter Stellung verheilten Radiusfrakturen bewährt. Man kann auf diese Weise am leichtesten den Callus einbrechen eventuell mit einem Keil als Hypomochlion. Letzterer tut auf dem Dorsum keinen Schaden, während auf der volaren Seite durch das Hypomochlion leicht Nerven und Gefässe gequetscht werden können. Der Gipsverband, der nach exakter Polsterung angelegt wird und fast stets mit einer einzigen Gipsbinde herzustellen ist — guter Gips und gute Technik sind unbedingte Erfordernisse — reicht von dem Köpfchen der Metacarpalia bis zur Ellbogenbeuge. Bereits am zweiten Tage sind die Pat. fast schmerzfrei und am vierten resp. fünften Tage können sie trotz des Gipsverbandes ihre Hand schon etwas benutzen. Nach 8—10, höchstens 12 Tagen wird der Verband entfernt und mit vorsichtiger Massage und Gymnastik begonnen. Bereits in der dritten Woche benutzen die Pat. ihre Hand zu den täglichen

Verrichtungen, und nach vier Wochen kann mit einfacher Arbeit begonnen werden. Sechs Wochen nach der Verletzung ist selbst stärkerer Druck an der Bruchstelle nicht mehr schmerzhaft. Von den zur Untersuchung herangezogenen 100 Fällen von Radiusfraktur sind im ganzen 50 zur Kontrolle erschienen, eine Zahl, die bei unserem grossen fluktuierenden Material noch auffallend hoch erscheint. Von diesen 50 waren 26 Männer und 24 Frauen. Das Alter schwankte zwischen 8 und 77 Jahren. Was nun die durch Röntgenbilder mitkontrollierten Endresultate anlangt, so zeigten 35 Pat., das heisst 70%, absolute anatomische und funktionelle Heilung; in zwei Fällen, 4%, fand sich eine stärkere Arthritis deformans im Handgelenk, in fünf Fällen war trotz leichter Dislokation — es hatte sich um schwere Radiusfrakturen gehandelt — eine völlig normale Funktion vorhanden; in sechs Fällen, von denen zwei Betriebsunfälle ohne Rente waren, wurde über mässige Schmerzen geklagt. Was die völlige Wiederherstellung anlangt, so war dieselbe bei Männern durchschnittlich nach sieben, bei Frauen durchschnittlich nach acht Wochen eingetreten, womit aber nicht gesagt ist, dass die Pat. nicht schon früher ihre Arbeit wieder aufgenommen haben. Auffallend war, dass in zwei Unfällen die Arbeitsunfähigkeit der Verletzten 22 und 23 Wochen andauerte. Nach den eben mitgeteilten Resultaten, welche noch Gegenstand einer ausführlichen Besprechung in einer Dissertation sein sollen, darf man die hier geschilderte Methode gewiss als eine in jeder Hinsicht zweckmässige bezeichnen. Sie hat vor anderen Methoden einen grossen Vorzug: die Vereinigung absolut exakter Reposition mit frühzeitiger funktioneller Behandlung in der Art, dass mit der Unterstützung von Seiten des Pat. möglichst wenig gerechnet werden muss.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 30.)

- **Bejahung des Zusammenhanges zwischen einem Knochenbruch und dem durch Arteriosklerose des Gehirns erfolgten Tode.** Gutachten von Prof. Dr. Windscheid, leitendem Arzt des „Hermann-Hauses“, Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft zu Stötteritz bei Leipzig.

„Leipzig, den 7. November 1908.

Dem Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu B. beehre ich mich, das gewünschte Gutachten in Sachen der Hinterbliebenen des Handarbeiters H. M. aus S. wie folgt zu erstatten:

I. Tatbestand:

M. hat am 30. November 1903 einen komplizierten Bruch des linken Unterschenkels erlitten. Es bildeten sich Fisteln aus, so dass Knochenstücke operativ entfernt werden mussten — Blatt 20b der Genossenschaftsakten —, worunter das Allgemeinbefinden sichtlich litt. Noch im März 1904 wird bescheinigt, dass M. in seiner Ernährung sehr reduziert sei — Blatt 20b der Genossenschaftsakten —. Die Unfallfolgen besserten sich nicht, im Oktober begutachtet Sanitätsrat Dr. L., dass M. ein schwacher, schlecht genährter Mann sei mit Lungenerweiterung und Schlagaderverhärtung. Von seiten des Nervensystems fanden sich grosse Erregtheit, Neigung zum Weinen, Schlaflosigkeit. Im August 1905 berichtet Dr. B. — Blatt 131 der Genossenschaftsakten —, M. habe eine Wundrose durchgemacht, ausgehend von der Eiterung einer Knochenfistel an der Bruchstelle. Am 11. Mai 1908 trat M. wieder in die Behandlung von Dr. B. Er war aufgeregt, unruhig, konnte nicht schlafen. Die Hände und Arme, Füße und Beine befanden sich in dauernder Unruhe und führten fortwährend Beuge- und Streckbewegungen aus. Lähmungen fehlten. M. war nach dem Berichte des genannten Arztes schon im April 1908 schwermütig gewesen und hatte Selbstmordideen geäußert. Die unwillkürlichen Bewegungen nahmen zu, der Kräftezustand sank und am 12. Juni 1908 starb M. Die Sektion wurde von der Ehefrau verweigert. Dr. B. ist der Ansicht, dass M. an Athetose gelitten hätte und an diesem Leiden gestorben sei, das Leiden wäre durch die starke nervöse Erregtheit infolge des Unfalles entstanden. Geheimrat Dr. E. führte in seinem Obergutachten vom 29. Juni 1908 aus, dass bei M. offenbar schon vor dem Unfälle Arteriosklerose, Blutarmut, Lungenerweiterung und schlechter Ernährungszustand bestanden hätten. Auf die Arterienverkalkung sei insbesondere auch die langsame und unvollkommene Heilung des Knochenbruches zurückzuführen. Die von Dr. B. beobachtete und als Athetose gedeuteten unwillkürlichen Bewegungen der Extremitäten seien Folge von verschiedenen kleinen Blutungen im Gehirn infolge der durch die Arterienverkalkung bedingten Brüchigkeit der Gefässe. Es sei demnach nicht ganz unwahrscheinlich, dass der Unfall und seine Folgen auf die raschere Entwicklung der früher schon bestehenden Blutarmut und Arterienverkalkung einen gewissen Einfluss gehabt haben könnte. Die Berufsgenossenschaft lehnte auf Grund dieses

Gutachtens die Gewährung der Hinterbliebenenrente ab. Die Witwe legte dagegen Berufung beim Schiedsgericht für Arbeiterversicherung zu B. ein, das von dem Unterzeichneten ein Gutachten über die Frage einzuholen beschloss, welche Wahrscheinlichkeit grösser ist, die, dass der Unfall vom 30. November 1903 und seine Folgen die mitwirkende Ursache bildeten, das Allgemeinbefinden und die sonstigen vom Unfälle unabhängigen Krankheiten M.s ungünstig zu beeinflussen derart, dass der zeitigere Eintritt seines Todes herbeigeführt wurde, oder jene, dass der Tod M.s um dieselbe Zeit eingetreten sein würde, auch wenn er den erwähnten Unfall nicht erlitten hätte.

II. Begutachtung:

Der Unfall bestand, wie zweifellos nachgewiesen ist, in einem komplizierten Knochenbruch, der sehr lange Zeit zur Heilung brauchte. Es stiessen sich fortwährend Knochenstückchen ab, die Fisteln eiterten. M. hat sogar eine Wundrose infolge davon durchgemacht. Ferner geht aus den Gutachten mit Sicherheit hervor, dass sein Ernährungszustand immer dürftig war, und dass er an Alterserscheinungen, vor allem an Arteriosklerose, litt und dass sich sehr bald nach dem Unfälle schon allgemein nervöse Erscheinungen einstellten. Auch ich bin der Ansicht, dass die Alterserscheinungen, insbesondere die Arteriosklerose, schon vor dem Unfall vorhanden waren, wenn auch M. bis zu ihm gearbeitet hat. Nach dem Unfälle hat sich vor allem der allgemeine Ernährungszustand sichtlich verschlechtert, die Eiterungen an der Unfallstelle bedingten zunehmende Entkräftung, die demnach auf den Unfall zu beziehen ist. Auf den Unfall zurückzuführen sind ferner die nervösen Erscheinungen, die zwanglos als Unfallnervenschwäche gedeutet werden können. Was nun die letzten Krankheitserscheinungen betrifft, die dem Tode vorausgingen und seit ungefähr Mai 1908 bestanden, so kann ich mich ganz der Ansicht von Geheimrat E. anschliessen, dass es sich wohl kaum um eine Athetose gehandelt haben dürfte. Keinesfalls ist aber die sogenannte Athetose die letzte Ursache des Todes gewesen. Athetose ist nur ein Symptom, das bei den verschiedensten Krankheiten vorkommt, an ihr stirbt niemand. Auch ich halte es für höchst wahrscheinlich, dass die unwillkürlichen Zuckungen bei M. der Ausdruck einer Gehirnreizung waren, bedingt durch an verschiedenen Stellen des Gehirns eingetretene kleine Blutungen, die in der

Arteriosklerose ihren Grund haben. M. ist also in letzter Linie an seiner Arteriosklerose gestorben, die in ihrer allmählichen Zunahme zu Gehirnblutungen führte, und schliesslich ist durch Versagen der Herzkraft der Tod eingetreten. Sehr wahrscheinlich wären diese Blutungen im natürlichen Verlauf der Arteriosklerose auch ohne den Unfall eingetreten und das durch die schwere Zirkulationsstörung geschwächte Herz hätte allmählich auch ohne Unfall versagt. Aber es kann doch die Möglichkeit nicht geleugnet werden, dass der Unfall und seine im allgemeinen den Organismus entkräftenden Folgen, besonders die langen Eiterungen, dann auch die Wundrose, verschlimmernd und befördernd auf die Entwicklung der Arteriosklerose eingewirkt und auf diese Weise den Tod beschleunigt haben. Es ist auch denkbar, dass die allgemeine Entkräftung und vor allem wiederum die Wundrose das Herz direkt geschädigt haben, es weniger widerstandsfähig gemacht haben können, der fortschreitenden Arteriosklerose durch grössere Tätigkeit entgegenzuwirken, denn je kräftiger das Herz bleibt, um so weniger werden sich die Erscheinungen der Arteriosklerose geltend machen können. Jede Erkrankung, die das Herz schädigt, wirkt daher auch auf die Arteriosklerose verschlimmernd ein, wie wir das z. B. bei akuten Infektionskrankheiten sehen können. Sehr zu bedauern ist auch im vorliegenden Falle, dass es nicht möglich war, durch die Sektion Aufschluss über die Beschaffenheit von Gehirn und Herz zu erlangen. So wie die Dinge aber liegen, muss ich mich doch dahin aussprechen, „dass meiner Ansicht nach die Wahrscheinlichkeit grösser ist, dass der Unfall vom 30. Novbr. 1903 und seine Folgen den zeitigen Eintritt des Todes begünstigt haben, als die Wahrscheinlichkeit, dass der Tod um dieselbe Zeit auch ohne den Unfall eingetreten wäre.“ — Das Schiedsgericht hat hierauf am 18. Dezember 1908 die Berufsgenossenschaft zur Zahlung der gesetzlichen Hinterbliebenenansprüche unter folgender Begründung verurteilt: „Das Schiedsgericht hat sich nicht verhehlt, dass es sehr zweifelhaft ist, ob man den Unfallfolgen einen wesentlichen Einfluss auf den Tod M.s zusprechen kann oder nicht. Es hat aber doch nach den Auslassungen des Professors Dr. Windscheid sich zugunsten der Kläger entscheiden und mit diesem annehmen zu sollen geglaubt, dass es wahrscheinlich ist, dass der Tod M.s durch die Folgen des Unfalls nicht unwesentlich früher eingetreten ist, als er ohne diese erfolgt wäre. Dann musste es aber

zur Beachtung der geltend gemachten Hinterbliebenenansprüche gelangen und auf Gewährung einer Rente von je 20 % der Vollrente unter Zugrundelegung eines Jahresarbeitsverdienstes von 654 Mk., wie er bei Bemessung der erwähnten 60 %igen Rente M.s in Betracht gekommen war (zu vergleichen Blatt 112, 39 folg. der Genossenschaftsakten), an die Klägerin und deren rentenberechtigtes Kind, sowie Gewährung eines Sterbegeldes von 50 Mk. nach §§ 15, 16 des Gewerbeunfall-Versicherungsgesetzes erkennen.“ Gegen diese Entscheidung ist Rekurs nicht erhoben worden. (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1909 Nr. 14.)

- **Ueber die Abrissfraktur des Trochanter** hielt Dr. Hanne-müller (Breslau) einen Vortrag, in dem er Folgendes ausführte: „Die isolierte Abrissfraktur des Trochanter minor ist bisher ganz ausserordentlich selten beobachtet worden; in den Lehrbüchern steht sie nicht. Drei Fälle habe ich in der Literatur auffinden können. Einer ist von Willmart 1875, einer von Julliard 1904 und der dritte von Hoch aus der Wilmsschen Klinik 1909 veröffentlicht worden. Dabei handelte es sich einmal um einen 72jähr., einmal um einen 82jährigen Mann, und das dritte Mal um einen 17jährigen Jüngling. In allen drei Fällen gab die Anamnese für den Mechanismus der Verletzung keinen sicheren Anhaltspunkt; indessen glauben die Autoren, vorwiegend reflektorische Muskelkontraktionen annehmen zu sollen. Sicher ist, dass der Tr. m. so tief liegt und durch Muskelmassen derart geschützt wird, dass er direkter Gewalt schwer zugänglich ist. In allen drei Fällen hat ferner die Diagnose der Verletzung aus den vorliegenden Symptomen nicht gestellt werden können, vielmehr wurde zweimal Schenkelhalsfraktur angenommen und die richtige Diagnose erst durch die Autopsie gesichert, und einmal eine Fraktur wenigstens im Bereich des Hüftgelenks für vorliegend gehalten, die das Röntgenbild dann klarstellte. Es führte zu den irrigen Diagnosen die starke Schmerzhaftigkeit, Schwellung und Funktionsunfähigkeit der Hüftgelenksgegend und wesentlich die in zwei Fällen beobachtete abnorme Auswärtsrotation. Ein für die Erkennung der isolierten Abrissfraktur des Tr. m. zu verwertendes eindeutiges Symptom, das vor Verwechslungen einmal mit schwerer einfacher Kontusion, ferner mit Fr. im Bereiche des Hüftgelenks schützt, hat bisher also keiner der Beobachter angeben können, und Julliard betont ausdrücklich, dass es ohne Zuhilfenahme der Röntgenstrahlen fast un-

möglich wäre, die genaue klinische Diagnose zu stellen, im speziellen sie von der Schenkelhalsfraktur zu unterscheiden. Nun, unser Fall betrifft einen 15jährigen Schüler, der sich am 18. Juni an einer Wette auf seiner Klasse beteiligte. Er glitt dabei in vollem Lauf mit dem linken Fuss nach hinten aus, während der Oberkörper vorwärts stürzte. Dabei und während des energischen Bestrebens, das Bein nachzuziehen, hat er plötzlich einen stechenden Schmerz in der linken Leistengegend verspürt, der ihn zwang, auszuschneiden. Humpelnd, von drei Kameraden gestützt, kam er in unsere Poliklinik. Hier zeigte sich bei dem Jungen Schwellung und nicht genau zu lokalisierende Schmerzhaftigkeit in der Gegend des linken Schenkelringes, völlige Funktionsunfähigkeit des Hüftgelenks aktiv, völlige Funktionsfähigkeit dagegen passiv, wenn auch unter Schmerzáusserung. Keine Spur von Auswärtsrotation oder Verkürzung des Beines war vorhanden, keine Krepitation, keine anormale Beweglichkeit; kein Knieerguss. Wir dachten zunächst an einfache Kontusion. Am nächsten Tage schon war die aktive Abduktion und Adduktion ziemlich frei, die Rotation etwas schmerzhaft; aber es war auffallend, dass das gestreckte Bein in Rückenlage nur ausserordentlich wenig und unter sehr lebhafter Schmerzáusserung gehoben werden konnte. Dies führte dazu, die Ileopsoas abzutasten, und es zeigte sich, dass dieser Muskel links auch bei dem geringen Anheben des Beines völlig erschlafft blieb, während er sich rechts schon beim Versuch, das Bein zu heben, straff anspannte. Nun führte weitere Ueberlagerung zu der Annahme, dass also das geringe Beinheben nicht vom Ileopsoas besorgt werden könne, sondern dass es mit den Hilfsmuskeln des Oberschenkels, also dem Tensor fasciae latae und dem Rectus femoris ausgeführt wurde. Es galt also, diese zu erschlaffen und auszuschalten, was einfach durch Aufsitzenlassen des Pat. erreicht wurde. Jetzt, in sitzender Stellung im Bett bei erschlafften Oberschenkelmuskeln, wo also nur der Ileopsoas wirksam sein konnte, war es dem Pat. in den ersten Wochen gänzlich unmöglich, das Bein auch nur ein wenig anzuheben, während alle anderen Bewegungen, vor allem das Beinheben in liegender Stellung, schon in den ersten Tagen aktiv fast schmerzlos ausgeführt werden konnten. Es ist also dies Unvermögen des Beinhebens in sitzender Stellung bei erhaltener Beugefähigkeit des Beines im Liegen mit vollkommen schlaffem Ileopsoas ein ausserordentlich wichtiges

Symptom, das in unserem Falle zur Diagnose Abriss des Tr. m. geführt hat und das in allen ähnlichen Fällen zur Diagnose führen muss. Denn bei schweren Kontusionen wird das Bein bald auch im Sitzen gehoben werden können; bei den hier in Betracht kommenden Fr. aber wird auch im Liegen ein Anheben des Beines nicht gelingen, während sich doch schon beim Versuch des Anhebens auch bei Fr. der Ileopsoas kontrahiert. Wir verdanken dieses Symptom den exakten Untersuchungen Prof. Ludloffs und sind deshalb wohl berechtigt, bei der Abrissfraktur des Tr. m. in Zukunft kurz von einem Ludloffschen Symptom zu sprechen. Wir stellen also nach Würdigung der Literatur und nach unserer Beobachtung für die Abrissfraktur des Tr. m. folgendes fest:

1. Als Aetiologie und Mechanismus kommen schnelle willkürliche oder reflektorische Bewegungen in Betracht, die meistens beim Fallen gemacht werden, um mit Hilfe des Ileopsoas das Gleichgewicht wieder herzustellen.

2. Es sind für die Fr. das Greisenalter mit seinem bereits rarefizierten und wenig widerstandsfähigen Knochengewebe (Julliard) und das Jünglingsalter prädisponiert, da im 17. bis 22. Lebensjahre erst die Knorpelfrage des Ossifikationskernes im Tr. m. in Verknöcherung übergeht. (Hoch.)

3. Die Fr. ist auch ohne Röntgenstrahlen nach genauer Aufnahme der Anamnese mit Hilfe des Ludloffschen Symptoms zu erkennen.

4. Die Prognose ist nach Hochs Fall, bei dem der Tr. m. in der dislozierten Stellung ohne Funktionsstörung anheilte, gut.

5. Als Therapie wird Ruhigstellung des Beines zwischen Sandsäcken genügen. Ruhigstellung in halber Beugung des Oberschenkels und leichter Auswärtsrotation ist zweckmässig. Ob sich Annageln des abgerissenen Fragmentes empfiehlt, darüber habe ich kein Urteil.

(Schles. Gesellschaft f. vaterl. Kultur in Breslau, 23. Juli 1909. —
Allgem. med. Zentral-Ztg. 1909 Nr. 35.)

- **Zur Anlegung von Fenstern in Gipsverbänden** schreibt Dr. Leo Baron: „Ein 8—10 cm breiter Metallstreifen, Blei oder weiches Eisen, von beliebiger Länge wird zu einem Ringe oder Oval, je nach Wunsch, zusammengelötet; darauf wird der Ring von der einen Seite etwa 5 cm tief an verschiedenen Stellen eingeschnitten und die entstandenen beweglichen Stücke nach aussen umgebogen; etwaige

Spitzen werden abgerundet. Dieser Metallring wird als Fenster benutzt. Die abgerundeten, freien Spitzen werden mit Watte umwickelt und dann das Ganze über die vorhandene Fistelöffnung gebracht und mit einigen Heftpflasterstreifen an der richtigen Stelle festgehalten. Der Ring wird zum Schutz der Wunde provisorisch mit Watte ausgefüllt. Nun wird der Gipsverband angelegt unter Freilassung des Fensters, das durch wenige, rundherumgelegte Gipsbindentouren fixiert wird. Ein Vorteil besteht darin, dass das Fenster an der gewünschten Stelle gleich vorhanden ist und die Fistelstelle nicht erst gesucht zu werden braucht. Ferner können durch den Metallrand keine Gipsbröckel auf die Wunde gelangen. Das Metallfenster wird von jedem Klempner leicht hergerichtet.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 34.)

- **Ein Fall von isolierter Luxation des Os naviculare tarsi** wird von Dr. J. F. Gottstein (Reichenberg) beschrieben: „Ich wurde zu einem „Knöchelbruch“ gerufen und fand bei der etwa 46 Jahre alten, ziemlich beleibten Dame den rechten Fuss durch Blutergüsse um den äusseren Knöchel, am Fussrücken und vor dem inneren Knöchel angeschwollen. Der Fuss stand in gestreckter Stellung, die Fussspitze mässig adduziert, die Sohle etwas supiniert. Der Unfall hatte sich im Zimmer ereignet, indem die Pat. mit der Fussspitze am Teppich hängen blieb. Entsprechend der Gegend des Chopartschen Gelenkes sieht und fühlt man einen scharfen Vorsprung, über welchen die Haut gespannt und sehr verdünnt ist. Der Vorsprung ist nicht verschieblich. Am inneren Rande des Fusses gelangt der tastende Finger in eine tiefe, weite Lücke distal vom Kopf des Sprungbeines. Da schon die Untersuchung als ziemlich schmerzhaft empfunden wird und die Pat. sehr ängstlich ist, lasse ich sie über ihren Wunsch narkotisieren. In oberflächlicher Narkose mache ich, um die gefährdete Haut nicht zu sprengen, sehr vorsichtig einen Versuch der Reposition, indem ich mit der linken Hand den Vorfuss noch ein wenig mehr nach abwärts drücke und etwas abduziere, mit den Fingern der rechten Hand aber das luxierte Navikulare etwas proximalwärts und dann unter leichtem Druck auf seinen distal stehenden unteren Rand an seinen Platz schiebe. Dies gelingt ganz leicht unter einem kleinen Ruck, worauf die Lücke wieder ausgefüllt erscheint und der Fuss seine normale Form und Stellung annimmt. Die am zweitnächsten Tage gewonnene Röntgen-

aufnahme des Unterschenkels ergibt, dass die Fibula unverletzt ist. Leider konnte der Fuss nicht vor der Reposition der Röntgenuntersuchung unterworfen werden, wodurch der ‚Alibi‘beweis für das Navikulare erbracht worden wäre. Dass es sich nicht um eine Luxation eines oder mehrerer Keilbeine handelte, konnten die beiden Kollegen bestätigen, welche den Fall mit untersuchten. Anamnestisch sei erwähnt, dass die Pat. im Alter von 17 Jahren eine starke Verstauchung desselben Fusses erlitten hat, nach welcher eine gewisse Unsicherheit im Sprunggelenke und eine Neigung zum ‚Uebertreten‘ des Fusses zurückgeblieben war. Den Vorgang der Luxation glaube ich mir so vorstellen zu müssen: Durch das unvermutete Hängenbleiben der Spitze des mit leichten Hausschuhen bekleideten Fusses wurde dieser im Straucheln stark überstreckt (plantarflektiert) und in demselben Augenblicke belastet. Das Einreissen der Dorsalbänder, die vielleicht durch die frühere Verstauchung geschwächt waren, erfolgte durch die Ueberstreckung, die Luxation selbst durch die Belastung des hyperplantarflektierten Fusses etwa in derselben Weise, wie die Linse bei der Staroperation durch die Kornealwunde herausgedrückt wird.“

(Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 28.)

Fremdkörper. Zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase bedient sich Dr. Fr. Müller (Heilbronn) einer *Löffelsonde*. Zunächst verbindet er dem Kinde stets beide Augen, setzt es dann der mit einer Gummischürze geschützten Wärterin auf den Schoß und legt um seinen Leib einen 10 cm breiten Riemen, den er ziemlich fest anzieht und an der Rückseite des Operationsstuhles schliesst. Ferner legt er um jedes Handgelenk einen Handriemen, zieht die Hände nach abwärts und schliesst die Riemen ebenfalls an der Rückseite des Operationsstuhles. Schliesslich bindet er die Beine des Kindes noch am Operationstisch fest. Nunmehr wird sehr vorsichtig kokainisiert; ein mit 10%iger Kokainlösung, der 10% einer Originallösung von Suprarenin. hydrochloric. 1:1000 zugesetzt ist, getränkter Wattebausch kommt in den Naseneingang für einige Minuten, worauf mit Watteträgern die tieferen Schleimhautpartien bestrichen werden. Die Operation selbst erfolgt mit einem von M. konstruierten, von der Firma Walbs Nachfolger in Heidelberg angefertigten Instrument, das eine Kombination aus einer Sonde und einem stumpfen Löffel darstellt. Dies Instrument hat von einer Nasen-

sonde den Griff, welchen M. etwas verbreitern, abrunden und mit Querriefen versehen liess; der biegsame Hals geht in einen Löffel aus, der an seinem distalen Rand stumpf ist, während die Seitenränder etwas schärfer sind. Dadurch dass der Griff stumpfwinklig vom Hals abgebogen ist, verdeckt er, nach oben gehalten, nirgends das Gesichtsfeld. Man geht mit dieser Löffelsonde über den F. hinweg nach hinten, hebt den Griff und senkt innen den Löffel, welcher hinter dem F. zu liegen kommt; diesen schiebt man jetzt nach vorn bis zum Nasenloch. — M. ist überzeugt, dass bei Befolgen dieser Ratschläge jeder Arzt imstande ist, F. aus der Nase prompt zu entfernen.

(Therap. Monatshefte, März 1909.)

- Die **Entfernung einer Wachskerze aus der Harnblase mittels Benzin** gelang Dr. F. Weisz (Budapest). „Vor einigen Wochen erschien bei mir zur Untersuchung ein 29jähriger junger Mann mit der Klage, dass seit einigen Tagen sein Urin trübe sei und dass er beim Urinieren Schmerz fühle, manchmal der Urin auch blutig sei, und dass er diesen krankhaften Zustand dem zuschreibe, weil er vor einer Woche, als er nicht gut urinieren konnte und sah, dass sein Onkel, wenn er nicht gut urinieren konnte, sich Bougies eingeführt hatte, sich zum selben Zwecke eine Wachskerze in die Harnröhre eingeführt habe. Diese jedoch war in die Blase hineingeglitten, und obzwar ein grosser Teil der Wachskerze herauskam, glaubte er doch, dass noch ein grosser Teil darin geblieben sei. Ich zystoskopierte allsogleich den Pat. Urin schmutzig, graulich, Blaseninhalt klärt sich langsam. Kapazität ist 150 ccm. Blasen Schleimhaut ist überall samtartig, ziemlich gefässreich und bloss der Blasenvertex ist glänzend, und neben der schwebenden Luftblase ist ein beiläufig 4 cm grosser wachsrollenartiger F. zu sehen. Da in diesem Falle es gewiss war, dass der F., der leichter war als das Füllungswasser und darauf schwamm, ein Wachskerzenstück sei, entschloss ich mich, diese Wachskerze mit Benzin (nach Lohnstein) aufzulösen und so zu entfernen. Zu diesem Zwecke ging ich jedoch nicht ganz nach Lohnsteins Verfahren vor, der 15 bis 25 ccm Benzin 45 Minuten in der Blase ohne irgendwelchen Schaden liess, da Benzin stark fettlösend, spezifisch viel leichter als Wasser ist, relativ wenig reizend und wenig giftig ist. In der Literatur sind jedoch auch Benzinvergiftungen mitgeteilt; so sah Roth bei einem 1½jährigen Knaben Benzinvergiftung mit letalem Verlauf

und Senger hat bei einem kleinen Kinde nach Waschen der Gesichtshaut mit Benzin Bewusstlosigkeit, Zuckungen, Schwäche und Unregelmässigkeit des Herzschlages, schwache Respiration, ja sogar Lähmung des Mastdarmes und der Blase beobachtet. Ich schloss mich Denks Vorschlag an, der davon ausgehend, dass die gesunde Blase zwar ganz gut 50 ccm Benzin verträgt, ohne grössere Reizung, bei stärkerer Cystitis jedoch die Mukosa lebhaft reagiert, daher die Blase mit 120 ccm sterilem Wassers füllte, auf dem die Kerze schwimmen musste, dann wurde 50 bis 60 ccm Benzin nachgespritzt. Das Benzin stieg im Wasser in die Höhe, nahm den höchsten Ort in der Blase ein, wo es direkt auf die Kerze wirkte. Trotzdem die Blase ganz entfaltet war, trat das Benzin nur mit dem obersten Teile, also einem relativ kleinen Teile ihrer Oberfläche in Berührung, der in gutem Zustande war. Der schwer zystitische Blasenboden blieb von der Benzinreizwirkung vollkommen verschont, und so brauchte man nicht vor einer Benzinintoxikation zu bangen, weil bei gesunder Blase kaum etwas resorbiert wird. Bei meinem Pat. injizierte ich 100 ccm steriles Wasser und nachher 50 ccm Benzin, das ich fünf Minuten darin liess. Pat. fühlt sich gut, gar kein Reizzustand ist zu beobachten. Puls ist 96. Nach Entleerung der Blase zeigt das rückfliessende Wasser zwei Schichten, eine untere gelbe (Harn) und eine obere trübe (Benzin mit gelöstem Stearin). Das Auswaschen der Blase wurde nochmals derart wiederholt, wobei der Benzin abermals fünf Minuten in der Blase blieb — und das Füllungswasser abermals zweischichtig zum Vorschein kam; ich injizierte noch ein paarmal die Blase mit sterilem Wasser und entliess Pat., um die Prozedur am nächsten Tag zu wiederholen, damit rechnend, dass die noch zurückgebliebene Wachsmasse aufgelöst werde und der kurze Docht eventuell mit dem Lithryptor entfernt werden könnte. Als Pat. abermals erscheint, bringt er einen beiläufig 6 cm langen Kerzendocht, den er spontan ausuriniert hatte; jetzt schmerzfrei, verspürt er nur mehr ein kleines Brennen beim Urinieren. Bei der nun vorgenommenen Blasenuntersuchung ist gar kein F. sichtbar. Eine Woche später zeigt sich Pat. bei bestem Wohlbefinden mit einem hellklaren Harn.“ (Wiener klin. Rundschau 1909 Nr. 27.)

- **Ueber intravesikale Auflösung fettartiger F.** lässt sich Prof. C. Posner (Berlin) aus im Anschluss an eine Beobachtung, bei der ätiologisch bemerkenswert war, dass

nicht Masturbation den F. in die Blase geführt hatte. Autor schreibt: „Eine ältere Dame hatte mehrfach an Polypen der Harnröhre gelitten und sich diese operativ entfernen lassen, zuletzt vor vier Jahren. Gegen eine danach zurückgebliebene entzündliche Reizung der Urethra waren ihr Stäbchen mit Ichthargan (1%) verordnet worden, und die Pat. liess sich solche von Zeit zu Zeit einführen, wenn ihre Beschwerden wiederkehrten. So hatte sie auch jetzt einige Male zu dieser Behandlung ihre Zuflucht genommen — aber statt der erhofften Besserung trat eine rapide Verschlechterung ihres Zustandes ein. Hatte sie bis dahin nur während des Urinierens Schmerz und Brennen, so es kam nun zu heftigem Harndrang und namentlich zu sehr lang andauerndem, intensivem Schmerz am Schluss der Entleerung, kurz, zu Symptomen, wie sie einem Stein eigen sind. Der Urin selbst wurde trübe, eiterig. Da beruhigende und narkotische Mittel keine Linderung brachten, kam sie auf Veranlassung ihres Hausarztes zu mir. Es fiel mir zunächst bei der Untersuchung des Urins auf, dass — abgesehen von einem rasch sich bildenden Bodensatz — an der Oberfläche des Glases fettig schimmernde Kügelchen schwammen, deren mikroskopische Untersuchung ergab, dass sie teils aus amorphen, scholligen Massen, teils aus sehr schön ausgebildeten Nadelbüscheln bestanden, welche im Polarisationsmikroskop eine exquisite Doppelbrechung erkennen liessen. Der hierdurch erweckte Verdacht, dass es sich auch hier um eine Retention von Fett in der Blase handeln möge, wurde durch die Kystoskopie bestätigt: es fand sich, abgesehen von starker Hyperämie und katarrhalischer Beschaffenheit der Schleimhaut, ein unregelmässig konturierter, hellglänzender Körper von etwa Haselnussgrösse an der höchsten Stelle der Blase; ausserdem noch einzelne, ähnlich glänzende kleinere Klumpen. Obwohl bei den zur Kystoskopie notwendigen Spülungen stets fettige Massen mit herausbefördert wurden, also vielleicht eine Möglichkeit bestand, auf diese Weise allein den Fremdkörper im Laufe der Zeit so weit zu verkleinern, dass er gänzlich abgehen konnte, schien es mir angesichts der Heftigkeit der Beschwerden doch ratsamer, eine rasche Auflösung mittels Benzin herbeizuführen. Ich hielt mich dabei an Lohnsteins Vorschrift insofern, als ich in die entleerte, mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespülte Blase 15 ccm reinen Benzins injizierte und dies 15 Minuten hindurch wirken liess. Diese Injektion wurde anstandslos ertragen — es trat weder eine

lokale Reaktion noch irgend etwas ein, was auf eine Resorption und toxische Wirkung des Mittels schliessen liess —, die Pat. befand sich während dieser Zeit und nachher völlig wohl. Als sodann die Blase entleert und gespült wurde, sah man sofort im Spülwasser die deutliche Trennung in zwei Schichten — unten die klare Kochsalzlösung, oben das trübe, mit Fettklumpchen durchsetzte Benzin. Unmittelbar darauf trat ein völliger Umschwung im Befinden der Kranken ein — die Blasenbeschwerden schwanden fast augenblicklich, und eine zwei Tage später vorgenommene Kystoskopie ergab nur noch eine mässige Hyperämie, keine Spur von Fett; die Cystitis ging ebenfalls in wenigen Tagen zurück. War hier schon nach dem ganzen Verlauf kaum ein Zweifel darüber möglich, dass die Fettmassen von den eingeführten Stäbchen herrührten, so wurde diese Annahme durch die weitere Untersuchung noch bestätigt. Die Stäbchen — welche von einer hiesigen renommierten Apotheke geliefert waren — bestehen (abgesehen von dem medikamentösen Zusatz) aus reinem *Oleum cacao*; dieses ist freilich kein chemisch definierbarer Körper, enthält vielmehr in erster Linie die Glyceride der Stearin-, Palmitin- und Oelsäure, sowie solche der Laurin- und Arachninsäure, in geringer Menge flüchtige Fettsäuren; am charakteristischsten ist der Schmelzpunkt, der bei 33° C. liegt. Denselben Schmelzpunkt hatten diese Stäbchen, und genau ebenso die aus dem Spülwasser durch Abdampfen isolierte Fettmasse, welche 0,87 g wog. Auch in den Löslichkeitsverhältnissen gegenüber Aether und Benzin sowie in den optischen Eigenschaften bestand vollständige Uebereinstimmung. Es folgt daraus auch, dass es sich um lege artis hergestellte Stäbchen handelte, dass in ihnen also nicht etwa ein Zusatz von Wachs oder von schwerer schmelzbaren Substanzen enthalten war. Nun bleibt freilich diejenige Frage, welche das grösste praktische Interesse bietet, schwer zu beantworten: warum, wenn doch dieser niedrige Schmelzpunkt gegeben war, kam es zum Niederschlag der Fettmassen in der Blase? Sollte man nicht annehmen, dass bei der dort herrschenden Temperatur — man wird sie doch mindestens auf 37° C. veranschlagen dürfen — das etwa hineingelangte Kakaoöl in geschmolzenem Zustand hätte verbleiben und mit dem Harn entleert werden müssen? Ich bin ausserstande, hierauf eine Antwort zu geben; vermutungsweise könnte man vielleicht annehmen, dass gerade im Harn Substanzen enthalten seien, die das Auskristallisieren begünstigen; es

war mir jedenfalls sehr auffallend, dass in den aus dem Urin isolierten Fettklumpchen sich durchweg die erwähnten Kristallbüschel fanden, in der Masse der Stäbchen selbst dagegen nicht. Hierüber werden weitere Untersuchungen wohl die nötige Aufklärung geben. Jedenfalls lehrt meine Beobachtung, dass man bei Anwendung von Urethralstäbchen in der weiblichen Harnröhre vorsichtig verfahren muss, um sich vor so unliebsamen Zwischenfällen zu schützen. Eine genaue Nachforschung hat ergeben, dass gerade vor dem Eintreten der Harnbeschwerden Stäbchen gebraucht wurden, welche die vorschriftsmässige Länge von 6 cm übertrafen und etwa 11 cm lang waren, also sicher bis in die Blase selbst hineinragten und sich dort auflösten oder zerfielen. Dies sollte jedenfalls vermieden werden; und unter allen Umständen sollte, sobald an Einführung derartiger Bacilli sich die geringsten Blasenbeschwerden anschliessen, sofort eine Kystoskopie oder (wo diese aus äusseren Gründen nicht angängig) eine Blasenspülung vorgenommen werden, um festzustellen, ob Fettmassen in der Blase sind und ev. diese, ehe sie zu grösseren Mengen zusammengesintert sind, zu entfernen. Bei längerem Liegen können sie ja bekanntlich — wie mehrere Fälle beweisen — inkrustiert werden und den Kern echter Steine abgeben. Findet man aber, wie in unserem Fall, bereits kompakte Massen vor, welche hochgradige Beschwerden im Gefolge haben, so dürfte die Lohnstein'sche Benzininjektion als beste Behandlungsmethode zu empfehlen sein. Ich habe mich, da es sich ja nur um eine verhältnismässig geringe Fettmenge handelte — in Lohnsteins Fall betrug sie 5,5 g, in demjenigen Pollaks 3,3 g — auf eine einmalige Injektion des Mittels beschränken können. Wer trotz der bisher stets festgestellten Unschädlichkeit der Benzineinspritzungen dennoch reizende oder toxische Wirkungen hierbei fürchtet, würde vielleicht, wenn auch langsamer, das Schmelzen des Fettes auch durch Spülungen mit heissem Wasser erreichen.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 34.)

Gangrän. Ueber **Gangrän des Penis als Unfallfolge** berichtet

Dr. Siebelt, Bad Flinsberg: „Am 7. Januar erschien der 74 Jahre alte, sonst sehr rüstige Bäcker Z. in der Sprechstunde mit der Mitteilung, dass ihm am 2. Januar beim Holzspalten ein Holzstück gegen die Geschlechtsteile geschleudert worden sei, wovon er zunächst mässige, dann aber zunehmende Schmerzen davongetragen habe. Die

Untersuchung ergab folgenden Befund: Der Penis ist dick angeschwollen, in seinem Volumen auf das Dreibis Vierfache vergrössert. Es besteht eine starke Phimose, welche die Glans völlig verbirgt. Aus dem Präputialsacke wird dünnflüssiger, geruchloser Eiter entleert. Die Harnentleerung ist nur wenig behindert. Bettruhe und andauernde Umschläge mit Liqu. alum. acet. verringern in zwei Tagen die Schwellung so, dass die Glans frei und der Besichtigung zugänglich wird. In der rechten Hälfte der Vorhautfalte sieht man nunmehr ein missfarbiges Geschwür, wahrscheinlich aus einer durch den Unfall gesetzten Zerreissung entstanden. Sehr bald kam es zu jauchigem Zerfall des Geschwürsgrundes, und im Anschlusse hieran bildete sich eine typische G. aus, welche nach und nach die Glans erfasste und schliesslich auf den Schaft des Penis übergriff. Da nebenher hohes Fieber bestand, welches sowieso den Kollaps bei dem hohen Alter des Pat. befürchten liess, wurde von einem operativen Eingriffe abgesehen, für den ja nur die Amputatio penis in Frage kommen konnte. Wider Erwarten kam es jedoch zu einer vollkommenen Abgrenzung, die nekrotischen Partien stiessen sich ab, und dem Pat. blieb wenigstens ein Teil des Penis mit der Harnröhre erhalten, so dass die Funktionsstörung eine verhältnismässig geringe ist, insofern der Harnstrahl durch die Narbenbildung eine seitliche Ablenkung erfährt. Im übrigen geht der Verletzte wiederum der gewohnten Arbeit in vollem Umfange nach.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 22.)

Morbus Basedowii. Ueber die günstige Wirkung des

Extr. Cannabis indicae butyricum (Extrait gras der Franzosen), speziell bei **Morbus Basedowii**, berichtet Hofrat Dr. Crämer (München): Auf dem internationalen medizinischen Kongress in Berlin 1890 hat Germ. Sée gegen Reizzustände der Verdauungsorgane, des Herzens usw. ein Extrait gras der Cannabis indica empfohlen, das ihm in vielen Fällen von funktionellen, nichtorganischen Störungen sehr gute Dienste geleistet hat. G. Sée hat das Mittel bei nervösen Schmerzen, abnormen Empfindungen, Magenkrampf, Cardialgien infolge von Pylorusspasmus, bei Hyperästhesie der Schleimhaut verwendet und sehr günstige Erfolge gesehen, Auch bei motorischen Störungen war es von guter Wirkung, so bei habituellem Erbrechen. Auch gegen Gasträgheit, mangelhaften Abgang von Ructus

hatsich das Mittel bewährt, ferner bei Schwindelerscheinungen, die von den Verdauungsorganen ausgehen, und endlich bei Herzklopfen und anderen Herzerscheinungen, die durch Verdauungsstörungen hervorgerufen werden. G. Sée hält den Extrait gras der Cannabis indica für ein sehr wertvolles Sedativum des Gastrointestinaltractus, das vor dem Morphinum den Vorzug hat, nie Uebelkeit noch Erbrechen zu erzeugen. Sofort nach dem Bekanntwerden dieser Mitteilung hat Autor sich dieses Mittel aus der Pharmacie centrale in Paris kommen lassen und in einer grossen Anzahl von funktionellen Störungen der Unterleibsorgane angewendet. Mit dem Erfolg war er im allgemeinen sehr zufrieden; bei sog. nervösen Affektionen, bei Schmerzen, die nicht auf greifbaren Veränderungen beruhen, bei Krampfständen, bei einer Reihe von Symptomen, welche für die Darm-Atonie (nervöse Dyspepsie) charakteristisch sind, hat das Extr. Cannabis ind. butyr. oft sehr gute Dienste geleistet, so zwar, dass manche Pat. von selbst wieder die Aethertropfen haben wollten (Extr. Cannab. butyr. löst sich nur im Aether), weil sie die günstige Wirkung aus Erfahrung kannten. Autor hat das Mittel stets in der gleichen Verordnung:

Extr. Cannab. ind. butyr. 0,75,
Aether 10,0.
D. S. dreimal täglich 10 Tropfen
auf nassen Zucker zu nehmen

gegeben und oft viele Wochen lang fortnehmen lassen. Am besten hat sich das Mittel bewährt gegen Magendruck und Magenschmerzen bei Darmatonie, dann gegen Gasbeschwerden und gegen Schwindelerscheinungen, die vom Darm ausgehen, gegen Schmerzen im Leib oder Schmerzen beim Stuhlgang. Autor hat nun auch bei M. das Mittel angewandt und auffallend gute Resultate erzielt. Freilich kommen auch Misserfolge vor, aber bei der Unschädlichkeit des Mittels würde Autor in jedem Falle dazu raten, einen Versuch damit zu machen.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 24.)

Obstipatio. Aperitol empfiehlt Dr. J. Miklos (Munk) als ein völlig reizloses, also auch bei Nierenaffektionen anwendbares, vollkommen schmerzlose, regelmässige Stuhlentleerungen bewirkendes Mittel, das man oft nur wenige Tage hintereinander zu nehmen braucht, da dann spontan Stuhlgang zu erfolgen pflegt. Das Mittel wird in Bonbons

oder Tabletten (à 0,2) auch von Kindern gern genommen und ist gerade für die Kinderpraxis sehr wertvoll. Bei Kindern von 1—2 Jahren genügt oft $\frac{1}{2}$, bei älteren 1 Bonbon; Erwachsene nehmen 2—4 Bonbons oder Tabletten.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 30.)

- Von **Regulin** sah Dr. H. F. Hoffmann (Walldorf) sehr gute Erfolge bei sich und einer grossen Zahl an chronischer O. leidender Pat. Während oft jede andere Therapie versagt hatte, brachte längere Darreichung des Regulins völlige Heilung zustande.

(Therap. Monatshefte, August 1909.)

- **Ueber eine neue Grundlage zur Beurteilung und Behandlung der chronischen O.** hielt Dr. Lipowski, Dirig. A. der inneren Abteil. der städt. Diakonissenanstalt Bromberg, in der Berliner med. Gesellschaft am 9. Juni 1909 einen Vortrag, in dem er u. a. Folgendes ausführte: „Diese zahlreichen und unangenehmen Eigenschaften der Oel-einläufe rechtfertigen das Verlangen nach einem besseren Ersatzmittel, welches ich nach zahlreichen vergeblichen Versuchen in dem Paraffin gefunden habe. Paraffin gehört zu den Grenzkohlenwasserstoffen, deren einfachster Repräsentant das Grubengas CH_4 ist. Dem einen C-Atom stehen doppelt soviel + 2 H-Atome gegenüber. Wenn in einer derartigen Verbindung z. B. 5 C-Atome enthalten sind, dann sind doppelt soviel + 2 = 12 H-Atome vorhanden. Paraffin besteht aus einem Gemisch vieler hochwertiger Grenzkohlenwasserstoffe. Im Handel existieren flüssige, weiche und feste Paraffine von verschiedenem Schmelzpunkt. Durch Mischung der einzelnen Paraffinarten kann ich den Schmelzpunkt ganz nach Belieben gestalten. Am geeignetsten erschien mir der Schmelzpunkt von ca. 38° , weil bei dieser Temperatur das Paraffin im Darm gerade zu gerinnen beginnt, also eine salbenartige Konsistenz annimmt. Ich gewann diesen Schmelzpunkt durch Mischung von festem Paraffin mit dem Schmelzpunkt 78° und flüssigem Paraffin im Verhältnis von 1:8*). Diese Mischung wird dann im Wasserbade oder direkt in einem Behälter über der Flamme erwärmt, bis sie flüssig geworden, und dann werden 200 ccm davon mit einer in

*) Die bekanntesten Firmen sind von mir angehalten, Paraffin von dem gewünschten Schmelzpunkte zum Versand an die Apotheken und Drogenhandlungen vorrätig zu halten.

warmem Wasser erwärmten Spritze durch einen ca. 20 cm hoch eingeführten weichen Darmschlauch langsam injiziert. Die Vorteile, welche das Paraffin vor der Oelbehandlung bietet, sind folgende:

1. Die Paraffininjektion erspart das bei der Oelbehandlung notwendige stundenlange Liegen nach der Applikation, weil bald nach der Injektion die Masse salbenartig sich der Darmschleimhaut anschmiegt.

2. Das Paraffin ist völlig reizlos für die Darmschleimhaut, wird fast ausnahmslos ohne jede Beschwerde die Nacht hindurch im Darm behalten, so dass im Gegensatz zum Oeleinlauf die Paraffininjektion abends vorgenommen werden kann.

3. Das Paraffin ist unzersetzlich, so dass Reizungen der Darmschleimhaut durch zersetzte Stoffe ausgeschlossen sind.

4. Es werden nicht, wie bei der Oelbehandlung, reichliche Flatus gebildet, welche übelriechende Massen aus dem Darm mitnehmen, die Bettwäsche und Kleidung imbibieren.

5. Die abführende Wirkung ist wesentlich prompter als beim Oelgebrauch.

6. Wegen der absoluten Reizlosigkeit für die Darmschleimhaut ist die Paraffinbehandlung unbegrenzt in der Zeit anwendbar, daher zur dauernden Behandlung der Darmschleimhaut sehr geeignet.

Meine Erfolge mit der Paraffinbehandlung waren folgende: Das Paraffin habe ich bei 53 Kranken zur Anwendung gebracht, 46 mal abends und 7 mal morgens. Von den 46 regelmässigen abendlichen Anwendungen ist 44 mal ausnahmslos morgens spontan ein gleichmässiger dickbreiiger Stuhlkuchen entleert worden, während zweimal (bei einer hysterischen Dame und einem jungen Diabetiker mit einer zirkumskripten Peritonitis infolge einer Perityphlitis) häufiger ein Wassereinlauf morgens nachgeschickt werden musste, worauf auch in diesen beiden Fällen eine sehr gute Entleerung erfolgte. In den 7 Fällen der morgendlichen Applikation erfolgte im Laufe des Nachmittags bzw. Abends die Entleerung. An Sicherheit, Annehmlichkeit und Sauberkeit lässt die Paraffinbehandlung nichts zu wünschen übrig. Ein grosser Vorzug liegt auch darin, dass die Kranken sich selbst die Injektion machen können. Sie führen das weiche Darmrohr ca. 20 cm weit in den Darm hinein, setzen sich dann auf den Stuhlrand, nehmen den Darmschlauch nach vorn und injizieren dann mühelos die flüssige Masse. Wie weit eine

Dauerheilung erreicht wird, darüber erlaube ich mir kein Urteil zu fällen, da langfristige Beobachtungen hierzu erforderlich sind. Ich kann jedoch berichten, dass nach wenigen Tagen bereits Stuhlentleerung häufig spontan erfolgt; dann lasse ich nur jeden zweiten oder dritten Abend den Einlauf machen, gehe auch mit der Menge des eingelassenen Paraffins herunter, je nach Bedarf.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 29.)

Pertussis. **Sydrosan**, ein Eukalyptuspräparat, das von Apotheker Storz (Berlin, Uhlandstr. 84) in den Handel gebracht wird, hat Dr. M. Soldin (Berlin) mit gutem Erfolge angewandt. Man erhält für 4 Mk. zehn Glastuben und eine Chamotteplatte. Autor lässt an den ersten drei Tagen vormittags und nachmittags je $\frac{1}{2}$ Tube verräuchern (man schütte das Mittel auf die Mitte der Platte und achte darauf, dass die Flamme der Spirituslampe klein brennend die Platte nicht überragt, weil sonst das Pulver brennt); nach dem Verräuchern bleiben Türen und Fenster 3—4 Stunden geschlossen. Vom vierten Tage wird abends eine Tube verbrannt, die Pat. schlafen im Zimmer. Besonders günstig wirkt das Mittel, wenn Komplikationen von seiten der Luftwege bestehen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 29.)

- **Eulatin** benutzte Dr. J. Baedeker (Berlin) bei Keuchhusten mit bestem Erfolge. Kindern von 4 Jahren gab er pro die zwölf Tabletten à 0,25 g, Kindern von $1\frac{1}{2}$ Jahren 6—10 Stück, ohne die geringste schädliche Nebenwirkung zu bemerken. Unter den 25 mit Eulatin behandelten Fällen sah er keinen Misserfolg; zunächst liess immer das Erbrechen nach und hörte bald ganz auf. Nur in acht Fällen musste Autor noch zur Nacht ein Narkotikum zu Hilfe nehmen.

(Therap. Monatshefte, September 1909.)

- **Die Behandlung der Keuchhustenkrämpfe mittels Lumbalpunktion und Uebergießungsbädern** empfiehlt St.-A. Dr. Eckert (Univers.-Kinderklinik der königl. Charité in Berlin). In vier Fällen ist mit dieser Therapie der Lumbalpunktion mit nachfolgenden Uebergießungsbädern ein durchschlagender Erfolg erzielt worden. Die Kinder sind aus ihrer Bewusstlosigkeit erwacht, haben Nahrung zu sich genommen, und die unmittelbare Todesgefahr war damit beseitigt. Die Wirkung der Lumbalpunktion lässt sich hier vielleicht in folgender Weise erklären: Die krampf-

haften Expirationsstösse des Keuchhustens erzeugen eine starke venöse Rückstauung, die sich ja auch durch das Vortreten der Halsvenen und anderes mehr äusserlich bemerkbar macht. Diese Stauung führt schliesslich zum Hirnödem, das, wenn die Anfälle sich häufen, in der Zwischenzeit nicht mehr abfliessen kann. Der geringe Eiweissgehalt und das Fehlen zelliger Elemente im gewonnenen Liquor zeigen, dass es sich nicht um einen entzündlichen Prozess handeln kann. Nun machen wir ja auch bei pleuritischen Exsudaten die Erfahrung, dass eine schnellere Resorption eintritt, wenn erst einige Kubikzentimeter mit der Spritze aspiriert worden sind. Aehnliche Verhältnisse liegen vielleicht auch hier vor. Durch Lumbalpunktionen kann das in dem Maschenwerk der Pia und in der Hirnsubstanz selbst verteilte Oedem gewiss nicht völlig abgelassen werden, und die Krankengeschichten zeigten ja auch, dass durch sie allein die Kinder nicht aus ihrer Bewusstlosigkeit erweckt wurden; Autor möchte deshalb auch der Menge der durch die Punktion gewonnenen Spinalflüssigkeit kein grosses Gewicht beilegen. Durch die Entspannung der Hirnhäute schaffen wir nur günstigere Resorptionsverhältnisse, und wenn wir nun im Uebergiessungsbade kräftige Inspirationsbewegungen anregen, so wird durch diese eine Ansaugung des venösen Blutstromes bewirkt, die das gänzliche Verschwinden des Oedems in wirksamster Weise befördert. Wir heilen mit der Lumbalpunktion und folgendem Uebergiessungsbade die Krämpfe an und für sich nicht, aber wir gewinnen Zeit, um durch diätetische Massnahmen und eine intensive symptomatische Therapie ihre Wiederkehr zu verhindern. Der volle Erfolg bei vier Kindern hintereinander gibt die Gewähr, dass sich die eingeschlagene Therapie der Lumbalpunktion mit nachfolgendem Uebergiessungsbade zur Einführung in die allgemeine Praxis eignet und wohl imstande ist, lebensrettend in manchen sonst verlorenen Fällen zu wirken.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 31.)

Rheumatismen. Ueber Gelenkrheumatismus und Ru-

beola schreibt Dr. A. v. Kirchbauer (Nürnberg): „Herr A. H., 28 Jahre alt, erkrankte am 6. Januar 1909 an akutem Gelenkrheumatismus. Ueber die Aetiologie sei kurz erwähnt, dass er sich zwei Wochen vorher infolge Singens beim Nachhausegehen in früher Morgenstunde einen heftigen Rachen- und Kehlkopfkatarrh zugezogen hatte.

Ergriffen wurden in abwechselnder Folge fast alle Extremitätengelenke, die Schmerzen waren oft äusserst heftig, doch zum Glück reagierte Pat. sehr prompt auf Aspirin, das zweistündlich in Dosen von 1—1,5 g gegeben wurde. Von der vierten Woche an nahmen die Schmerzen zwar rasch ab, aber es blieben im rechten Schultergelenk, in den Karpometakarpalgelenken beider Daumen wie den ersten Interphalangealgelenken mehrerer Finger Residuen zurück, die sich durch Schwellung, Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit bei Bewegung sehr fühlbar machten. Massage und namentlich Lokalbäder mit Aiblinger Moorerde wurden wohltuend empfunden. Die Stimmung des Pat. war eine sehr gedrückte, verlangte doch gerade sein Beruf eine grosse Fingerfertigkeit. Da konsultierte er mich am 24. Februar, vier Wochen nach Wiederaufnahme des Dienstes, wegen eines Ausschlages im Gesicht, auf den ihn seine Mutter beim Mittagessen aufmerksam gemacht hatte. Es waren hanfkorn- bis linsengrosse, ziemlich rote, etwas erhabene Flecke, die oft so dicht an einanderstanden, dass sie konfluieren: Das Exanthem zeigte sich besonders stark auch am Rumpfe, weniger an den Extremitäten entwickelt; ausserdem bestand leichte Reizung beider Konjunktivae, geringer Rachen- und Kehlkopfkatarrh, aber kein Fieber wie auch keine Störung des Allgemeinbefindens. Nach drei Tagen erfolgte die Desquamation von so kleinen Schüppchen, dass sie erst deutlich bei Besichtigung mit der Lupe hervortraten. Auf meine Frage, wie es denn mit den Gelenkbeschwerden stünde, erhielt ich die sehr überraschende Antwort, dass sie vollständig verschwunden. Epikrise. Ein Mann mit 28 Jahren erkrankte an akutem Gelenkrheumatismus und vier Wochen nach Wiederaufnahme des Dienstes an Rubeola. Dass Erwachsene an Rubeola erkranken, gehört immerhin zu den Seltenheiten, und so möchte ich in diesem Falle die durch den Gelenkrheumatismus geschwächte Widerstandskraft des Organismus für die Erkrankung verantwortlich machen; das auffallendste aber war, dass kurze Zeit nach Ausbruch des Exanthems die Gelenkbeschwerden wie weggeblasen waren und trotz der öfteren Ungunst der Witterung auch nicht wiederkehrten. Sollte das nur Zufall oder doch das Rubeolavirus mit seinem gewiss nicht bösartigen Charakter von Einfluss auf die Erreger des Gelenkrheumatismus gewesen sein? Die Beantwortung dieser Frage ‚mit ihren allenfallsigen Konsequenzen‘ überlasse ich Berufeneren.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 30.)

Rhinitis. Protargol bei Erkrankungen des Nasen- und Rachenraumes wandte mit Erfolg Dr. R. Mayer (Berlin) an. Schon 1908 hat Berliner die Behandlung der Angina auf dem Wege der Nase mit Protargol empfohlen. Er verordnete hierzu folgende Salbe:

Rp. Protargol 1,5
 solve in Aq. dest. 2,5
 Lanolin. 6,0
 Menthol. 0,1
 Saccharin. 0,3
 Vaseline flav. ad 15,0

und liess erbsengrosse Portionen derselben in der Nase verreiben. Er benutzte diese Salbe zur Nachbehandlung der Nasen- und Halsdiphtherie und von akuten Entzündungen der Nasenschleimhaut. Mayer kann die Brauchbarkeit des Protargols bei diesen Indikationen durchaus bestätigen. Ihm hat sich das Präparat aber auch bei *chron. hypertrophischer Rh.* als hervorragend wirksam erwiesen. Seine Behandlung besteht darin, dass der Pat. morgens Spülung mit physiol. Kochsalzlösung, der man 1% Glyzerin zusetzt, vornimmt, und dass jeden Abend die Schleimhaut mit 10%igem Protargol-Lanolin oder der Berlinerschen Salbe massiert wird. Wöchentlich einmal ein Coryfinspray hat sich als recht vorteilhaft erwiesen. In einigen Fällen, wo andere Mittel im Stiche gelassen, zeigte diese Methode prompten Erfolg.

(Therap. Monatshefte, Juni 1909.)

- **Estoral**, den Mentholester der Borsäure, hat Dr. A. Feldt (St. Petersburg) bei akuter und subakuter Rh. mit bestem Erfolge angewandt. Insufflationen mit reinem Estoral neben Benutzung des Estoral-Schnupfpulvers (Estoral, Sacch. alb. aa) brachten sehr bald die Affektionen zur Abheilung. Auch bei chronischen atrophischen Prozessen (Ozaena) bewährte sich Estoral.

(St. Petersburg med. Wochenschrift 1909 Nr. 27.)

- **Zur Behandlung des akuten Schnupfens der Säuglinge** äussert sich Dr. W. Schultz (Porto Alegre). Er möchte auf ein einfaches, von jeder Mutter leicht anzuwendendes Mittel hinweisen, das sich ihm — zuerst in der eigenen Familie — ganz ausgezeichnet bewährt hat: In das Schlauchende eines der kräftigen, runden Gummibälle, wie sie zur Luftverdünnung für die Bierschen Saugglocken anfangs

benutzt wurden, füge man irgendeinen Ansatz mit nicht zu dünnem rundlichen oder noch besser olivenförmigem Ende; man fette das Ende mit Byrolin oder dergl. ein, um Wundreiben der Nasenlöcher zu vermeiden, und sauge nun 10—12 mal aus jedem Nasenloche den Schleim heraus, den man dann jedesmal durch kräftigen Druck des Ballons in ein Tuch oder in reine Watte entleert. Zuweilen erscheinen erst beim vierten oder fünften Male grössere Schleimmassen. Die darauf eintretende Erleichterung ist verblüffend. Das beängstigende Schnaufen und Pfeifen hört sofort für mehrere Stunden auf, und der günstige Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung ist unverkennbar. Autor hatte den Eindruck, als wenn dabei ausser der sehr schonenden mechanischen Reinigung noch ein anderes Moment mitwirkt. Vielleicht eine vermehrte seröse Transsudation im Sinne Biers.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 29.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Ueber

Augenerkrankungen in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe schreibt Dr. E. Runge (Frauenklinik der Charité, Berlin): „Am gesunden Auge ruft die normale Schwangerschaft sehr selten Veränderungen hervor. Ist ihr Verlauf dagegen ein pathologischer, so liegen die Verhältnisse anders, ebenso wenn schon vor Eintritt der Schw. Störungen am Sehorgan bestanden haben. Winkel konnte bei 1,6% aller untersuchten Schwangeren Sehstörungen konstatieren. Bedenkt man die grossen Umwälzungen, die sich im Organismus der Frau während der Schw. abspielen, so kann es nicht wunderbar erscheinen, wenn während dieser Zeit auch einmal Alterationen am Sehorgan auftreten. Die Blutbeschaffenheit ändert sich, es entsteht eine gewisse Plethora, der Blutdruck wird gesteigert, es treten allgemeine Ernährungsstörungen, nicht selten in recht erheblichem Masse auf, und es kommt oft zu einer Autointoxikation des mütterlichen Organismus infolge mangelhafter Ausscheidung oder übermässiger Produktion von Toxinen. Alle diese Störungen können ebenso wie auf andere Organe auch einmal auf das Auge einen schädlichen Einfluss ausüben. Schliesslich sei noch an die Hysterie erinnert, die hier ebenfalls eine nicht unwichtige Rolle spielen kann. Die wichtigsten und schwersten Augenerkrankungen während der Schw. werden jedoch durch Störungen in der Nierenfunktion hervorgerufen. Diese sind teils durch die Schw. selbst bedingt:

Schwangerschaftsnieren, teils haben sie ätiologisch mit derselben nichts zu tun, sondern sind nur zufällige Begleiterscheinungen derselben: akute und chronische Nephritis. Weshalb tritt nun bei Schwangeren so relativ häufig eine krankhafte Veränderung der Nierenfunktion ein? Druck des schwangeren Uterus auf die Nierengefässe oder auf die Ureteren, Erhöhung des intraabdominellen Druckes und damit Herabsetzung der Bluternährung der Nieren sind beschuldigt worden. Auch eine parasitäre Theorie der Albuminurie hat man aufgestellt. Den Tatsachen am nächsten kommt aber wohl die Ansicht, dass eine Autointoxikation die Ursache für die Nierenreizung darstellt. So nehmen Veit u. a. an, dass von der Placenta aus Zotten in den Blutkreislauf der Mutter verschleppt werden. Diese Ueberschwemmung des Organismus mit Eiweiss übt eine toxische Wirkung aus, die sich in einer Albuminurie äussert. Andere Autoren vermuten, dass Stoffwechselprodukte des Fötus oder solche aus der Placenta die Autointoxikation und damit die Albuminurie herbeiführen. Die Ursache der in die Schw. hineinspielenden akuten und chronischen Nephritis ist dieselbe wie ausserhalb derselben und hat mit ihr ätiologisch nichts zu tun. Was die einzelnen Veränderungen betrifft, die am Auge während der Schw. auftreten können, so sei zuerst eine vermehrte Pigmentation der Lidhaut erwähnt, wie man sie während dieser Zeit auch an anderen Körperteilen beobachtet. Des weiteren kommt es häufiger, wohl als Ausdruck der allgemeinen Körperschwäche, zu einer Insuffizienz der Musculi recti, zu phlyktaenulären Binde- und Hornhautentzündungen sowie zu Ulzerationen der Hornhaut. Ebenso können auch Linsentrübungen, Einengung des Gesichtsfeldes, Hemeralopie und Schwäche des Akkommodationsmuskels auftreten, die sich bis zur Akkommodationslähmung steigern kann. Netzhautblutungen und -ablösungen sowie Entzündung des Sehnerven hat man bei Schwangeren seltener konstatiert. Die Neuritis optica befällt zumeist beide Augen und entwickelt sich stets langsam. Ihre Prognose ist zweifelhaft. Heilung tritt immer erst im Wochenbett ein. Die Therapie besteht am besten in der Einleitung der Frühgeburt. Eine erneute Schw. muss möglichst verhütet werden, da Rezidive sehr häufig und natürlich von noch schlechterer Prognose sind. Die häufigste Augenerkrankung während der Schw. ist die Retinitis albuminurica. Sie ist ein Symptom der oben schon besprochenen Nierenstörungen. Anatomisch stellt sie sich dar in einem Untergang von

Gewebe auf Grund der herabgesetzten Ernährung, die ihrerseits wieder durch die mangelhafte Nierenfunktion bedingt ist. Eine Reihe von Autoren betrachtet sie auch als Symptom einer chronischen Urämie, wofür das häufige gleichzeitige Vorhandensein von zerebralen Symptomen sprechen würde. Im Verhältnis zu ihrem sonstigen Auftreten ist sie bei Schwangeren relativ selten. Sie entwickelt sich langsam, das Sehvermögen nimmt immer mehr ab. Zumeist sinkt die Sehschärfe auf $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$. Zur Amaurose kommt es nur, wenn sich Netzhautablösung oder urämische Erscheinungen hinzugesellen. Die Prognose ist hauptsächlich von der Grundkrankheit und ihren Begleiterscheinungen abhängig. Je weiter die Schw. vorgeschritten ist, um so günstiger sind die Aussichten im allgemeinen. Trotzdem bleibt in den meisten Fällen die Sehschärfe dauernd mehr oder weniger herabgesetzt. Verschwindet die Albuminurie auch im Wochenbett nicht, so kann die Prognose auch quoad vitam sehr schlecht werden. Durchschnittlich tritt in derartigen Fällen nach Schmidt-Rimpler im Verlaufe der nächsten zwei Jahre der Tod ein. Die Therapie besteht, wenn nicht besondere Momente mitsprechen, am besten in der künstlichen Frühgeburt. Strikte indiziert ist dieselbe, wenn die Schw. den sechsten Monat noch nicht überschritten hat. Spätere Schw. müssen im allgemeinen wegen der grossen Gefahr eines Rezidivs verhütet werden. Die urämische Amaurose, ebenfalls eine Folge gestörter Nierenfunktion, tritt zumeist in der zweiten Hälfte der Schw. auf und bildet oftmals den Vorläufer eklamptischer Anfälle. Sie ist als Symptom einer Giftwirkung auf das Gehirn aufzufassen, wahrscheinlich bedingt durch Retention von Harnbestandteilen im Organismus. Zumeist entwickelt sie sich sehr schnell und befällt bis auf seltene Ausnahmen immer beide Augen. Das Sehvermögen nimmt fast stets ganz plötzlich ab, und in 1—2 Tagen ist es zur völligen Amaurose gekommen. Es ist nicht immer möglich, die Amaurose in demselben Augenblicke zu diagnostizieren, wo sie auftritt, da sehr oft Verlust des Bewusstseins und Coma nebenhergehen. Die Harnsekretion ist entweder völlig aufgehoben oder sehr stark herabgesetzt. Dieses Stadium der absoluten Amaurose ist jedoch fast stets nur ein kurzes. Nach 3—4 Tagen ist zumeist der ganze Prozess abgelaufen. Die Prognose hängt hauptsächlich von den Begleiterscheinungen ab. Verschwindet die Nierenaffektion nach der Geburt, so tritt zumeist auch

völliges Sehvermögen wieder ein. Eine gleichzeitige Retinitis albuminurica verschlechtert jedoch die Prognose um ein Bedeutendes; ebenso das Auftreten von Eklampsie. Dann hängt die Prognose hauptsächlich vom Verlaufe dieser Erkrankungen ab. Die Therapie muss hauptsächlich eine Ausscheidung der die Ursache bildenden Toxine durch Hebung von Haut- und Harnsekretion anstreben. Eine gleichzeitige Eklampsie ist in erster Linie zu behandeln. Nach den neuesten Erfahrungen ist hierfür derjenige Weg der beste, der am schnellsten die Frucht aus dem Mutterleibe entfernt, d. h. während der Schw. der vaginale Kaiserschnitt. Die Sehstörungen während der Geburt stammen einmal aus der Zeit der Schwangerschaft her, so speziell die Retinitis albuminurica und die urämische Amaurose, deren Aetiologie, Verlauf, Prognose und Therapie natürlich dieselben sind wie während der Schw. Oder aber die Sehstörungen treten erst während des Geburtsaktes auf. So Ekchymosen der Bindehaut, Blutungen in die Orbita und den Glaskörper. Sie haben dann ihren Grund wohl in der Erhöhung des Blutdrucks infolge des Pressens während der Austreibungsperiode. In einigen Fällen hat man auch das Auftreten von Amaurose während der Geburt ohne gleichzeitige Albuminurie konstatiert und sie als Ausdruck einer traumatischen Hysterie gedeutet. In das Wochenbett reichen teilweise Sehstörungen hinüber, die schon während der Schw. und Geburt bestanden haben, teilweise kann eine Nierenstörung erst jetzt zu einer Retinitis albuminurica oder einer urämischen Amaurose führen. Es ist dies natürlich viel seltener, als während der Schw. Die Aetiologie usw. ist jedoch die gleiche. Ausserdem können aber im Wochenbett auch Augenerkrankungen auftreten, die mit diesem in direktem Zusammenhang stehen. Schwere Ernährungsstörungen stellen dann wohl immer das Bindeglied dar. Auf die Folgen erheblicher Blutverluste und septischer Prozesse werden wir später zu sprechen kommen. Was die einzelnen Krankheitserscheinungen am Sehorgan während des Wochenbettes betrifft, so sind Augenmuskellähmungen, Keratomalacie, Hypopyonkeratitis, Starbildung, Netzhautblutungen, Embolien der Arteria centralis retinae u. a. beobachtet worden. Auch Neuritis optica und retrobulbaris hat man hin und wieder konstatiert. Die Prognose der letzteren ist zumeist gut; ihre Aetiologie unbekannt. Teils hat man Blutungen in den Sehnerven, teils Autointoxikation u. a. angeschuldigt. Auch während der Laktationsperiode kann

es zu Sehstörungen kommen. Teils handelt es sich hierbei aber nur um zufällige Begleiterscheinungen, teils um hysterische Symptome, teils besteht aber sicher ein ätiologischer Zusammenhang. Das Zwischenglied bildet dann wohl immer der allgemeine Schwächezustand infolge des Nährgeschäfts. Einige Autoren beschuldigen allerdings auch eine Autointoxikation als Ursache. Die Therapie besteht, ganz allgemein gesagt, in Kräftigung des Körperzustandes und, wenn schwerere Erscheinungen vorhanden sind, im Entwöhnen des Kindes. Lidrand-, Binde- und Hornhautentzündungen, Insuffizienz der Musculi recti int., Linsen- und Glaskörpertrübungen, Netzhautblutungen und Sehnervenentzündungen sind mehrfach mit der Laktation ätiologisch in Zusammenhang gebracht worden. In seltenen Fällen hat man auch Amblyopie und Amaurose während dieser Zeit konstatiert. Dass Augenerkrankungen im Wochenbett infolge lokal-entzündlicher Prozesse am Genitale, speziell aber im Verlauf einer Allgemeininfektion auftreten können, kann nicht wundernehmen. Man bedenke nur, wie häufig es bei pyämischen Erkrankungen zum Auftreten von Eiterherden an den verschiedensten Stellen des Körpers infolge der Bakterienverschleppung kommt. Solche Prozesse werden sich daher auch einmal am Auge entwickeln können. Ebenso können bei der puerperalen Sepsis, also der Verschleppung der Bakterien auf dem Lymphwege, septische Prozesse an den Augen, speziell eine Retinitis septica auftreten. Hin und wieder bildet eine Endocarditis septica das Zwischenglied. Die Prognose ist quoad visum sehr ungünstig. Das Augenlicht geht in den meisten Fällen verloren und Phthisis bulbi ist der Ausgang. Quoad vitam hängt die Prognose natürlich hauptsächlich von den Erscheinungen der Allgemeininfektion ab. Abszessbildungen in der Orbita, unter der Bindehaut, in der Chorioidea und der Retina sowie septische Embolien der Netzhautgefäße und im Nervus opticus sind im Verlaufe dieser Erkrankungen beobachtet worden. Die in derartigen Fällen nicht seltene Retinitis septica ruft im allgemeinen wenig subjektive Klagen hervor, da die Pat. infolge des schweren Allgemeinzustandes von ihrem Augenleiden wenig Aufhebens machen. Sie kann ein oder beide Augen befallen. Ist zuerst das eine erkrankt, so kann sich später in dem anderen eine metastatische Ophthalmie entwickeln. Kommt die Allgemeinerkrankung zur Ausheilung, so kann in seltenen Fällen auch das Augenleiden wieder ohne restierende Störungen

verschwinden. Die schwerste Augenstörung infolge septischer Prozesse am Genitale, die metastatische Ophthalmie, entwickelt sich zumeist in den ersten 8—14 Tagen des Wochenbettes. Das Sehvermögen geht fast immer verloren, wenn der Allgemeinzustand der Pat. überhaupt zur Ausheilung gelangt. Bei den Sehstörungen infolge von Blutverlust während der Geburt oder im Wochenbette handelt es sich ätiologisch hauptsächlich um Folgeerscheinungen der akuten Anämie; aber auch eine Transsudation aus den Gefässen infolge der hydropischen Blutbeschaffenheit wird angeschuldigt. Berger-Loewy (2) nehmen als Ursache eine Autointoxikation an, weil sich in dem restierenden Blute toxische Stoffwechselprodukte anhäufen, die zu Vergiftungserscheinungen führen können. Augenmuskellähmungen, Linsentrübungen und Glaskörperblutungen sind beobachtet worden. Vor allem sind es Störungen im Bereiche des Sehnerven, die man häufig nach genitalen Blutverlusten hat auftreten sehen, so Neuritis optica, Stauungspapille, Neuritis retrobulbaris und Neuroretinitis. Auch Amblyopie und Amaurose sind, allerdings selten, als Folgeerscheinungen beobachtet worden. Sie traten fast immer nur bei Individuen auf, deren Organismus schon vorher geschwächt war. Die Dauer der Erblindung schwankte zwischen $\frac{1}{4}$ Stunde und Monaten; fast immer befiel sie beide Augen. Zumeist bildete ein einmaliger starker Blutverlust die Ursache, selten mehrere kleinere. Als Grund für die Amaurose hat man Blutungen in den Sehnerven, Entzündungen desselben, Gehirnanämie, venöse Stase in der Netzhaut, Thrombose der Art. centr. retinae, Anämien der Retina und Autointoxikation angeschuldigt. Die Therapie muss hauptsächlich in Bekämpfung der akuten Anämie und ihrer Begleiterscheinungen bestehen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 33.)

- Gegen das übermässige **Erbrechen der Schwangeren** in Fällen, wo der Magen nicht das Geringste mehr annimmt und die extremsten Ernährungsstörungen die Folge sind, empfiehlt San.-R. Dr. Körner nach langjährigen Erfahrungen mit stets gutem Erfolge die Anwendung des Induktionsstroms mit möglichst starken Strömen. Er lässt die eine Elektrode tief in die Magengegend hineindrücken, während die andere fest im Rücken der linken Brusthälfte appliziert wird. Täglich zwei Sitzungen, jede zu 20 Minuten. Bezüglich der Nahrungsaufnahme legt Autor Wert darauf, dass die Frauen hauptsächlich konsistente Nahrung zu sich nehmen,

da er die Erfahrung gemacht hat, dass flüssige Kost viel leichter erbrochen wird als feste Nahrung. Bei dieser Behandlung mit Ausschluss aller Medikamente hat Autor stets die Freude gehabt, dass das Erbrechen nach mehreren Tagen definitiv beseitigt gewesen ist.

(Therap. Monatshefte, August 1909.)

- Ein **neues Verfahren bei Scheintod des Kindes** übte Hofrat Dr. Volland (Davos) aus an einem völlig schlaffen, blauasphyktisch geborenen Kinde: In der Meinung, dass die Wiederbelebungsversuche umso eher erfolgreich sein könnten, je schneller sie ins Werk gesetzt würden, hielt Autor sich nicht mit dem Abbinden der Nabelschnur auf. Er suchte also zuerst den Schleim aus dem Rachen zu entfernen, wovon übrigens kaum etwas vorhanden war. Dann fasste er das Kind ganz wie bei Schultzeschen Schwingungen: Den Kopf nahm er fest in die Handflächen, die Zeigefinger legten sich unter die Achselhöhlen, die übrigen Finger kamen auf den Rücken zu liegen, während die Daumen nach vorn über die Schlüsselbeine hinweggriffen. Nun stützte Autor den Rücken des Kindes gegen die Innenfläche des Oberschenkels der Frau und zog das Kind so weit in die Höhe, bis sein ganzes Gewicht von seinen Händen getragen wurde. Gleich darauf liess er es wieder nach abwärts sinken und nun übten die Daumen den expiratorischen Druck auf den Thorax aus, wobei der Oberschenkel der Mutter den Rückhalt bildete. Diese Bewegungen wurden etwa in dem Zeitmass kindlicher Atemzüge wiederholt und bald hörte Autor, wie beim neuerlichen Emporziehen des Kindes die Luft mit Geräusch durch die Glottis eindrang. Nach nur wenigen weiteren Wiederholungen dieser künstlichen Atembewegungen strammte sich das Kind und gleich darauf kam es zum erlösenden Schreien. Nun erst beschäftigte Autor sich mit der Nabelschnur. Dieses Verfahren bietet gegenüber den Schultzeschen Schwingungen mancherlei Vorteile. Einmal die Möglichkeit des raschen unmittelbaren Handelns, worauf der allergrösste Wert zu legen ist, dann die Vermeidung der Abkühlung des Kindes, dann die Möglichkeit, die Atembewegungen viel rascher und ganz entsprechend denen der Neugeborenen machen zu können, ferner die gänzliche Gefährlosigkeit für das Kind. Endlich aber ist dieses Verfahren für den Geburtshelfer nicht so ermüdend, wie es die Schwingungen sind, besonders wenn sie lange fortgesetzt werden müssen.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1909 Nr. 16.)

- Ueber die **Therapie des Kindbettfiebers** schreibt Prof. Dr. R. Birnbaum (Univers.-Frauenklinik in Göttingen). „Wenn ich nunmehr zur Therapie der puerperalen Infektionen übergehe, wobei ich von einer Besprechung der lokalen Therapie gänzlich absehe, so möchte ich als erste Forderung aufstellen, möglichst viele Fälle von puerperaler Sepsis den Kliniken und Krankenhäusern zu überweisen. Wie Runge mit Recht betont, ist eine gewissenhafte und umsichtige Krankenpflege, die den somatischen wie psychischen Bedürfnissen der Kranken in gleichem Masse Rechnung trägt, eine unerlässliche Forderung für den therapeutischen Erfolg. Und gerade hier findet man, selbst in den bestsituierten Kreisen, die größten Verstöße. Wir sind in Göttingen in der glücklichen Lage, eine moderne, allen Forderungen in bezug auf einwandfreie Krankenpflege gerecht werdende septische Baracke zu haben, und wir haben oft genug Gelegenheit, die günstigen Folgen des Transportes aus hygienisch völlig unzulänglichen Verhältnissen in die gegenteilige klinische Behandlung zu beobachten. Uns erscheint die klinische Behandlung der septischen Erkrankungen im Wochenbett als ein derartig wichtiger Faktor, dass derselbe von allen Aerzten mit aller Schärfe betont werden sollte. Was nun die spezifische Behandlung des Puerperalfiebers anbetrifft, so hat uns die Serumtherapie, trotzdem wir wohl sämtliche Sera durchprobiert haben, gänzlich im Stich gelassen. Dasselbe gilt vom Kollargol, in welcher Form und Dosis auch immer wir es bei unseren sehr zahlreichen Versuchen angewendet haben. Ebenso wenig haben wir von dem Deutschmannschen Hefeserum gesehen, obwohl wir dasselbe mehrfach bei von vornherein suspekten Fällen auch prophylaktisch versucht haben. Beiläufig sei erwähnt, dass uns dieses Serum in einem sehr schweren Fall von Blasen-tuberkulose allerdings hervorragende Dienste geleistet hat. So bleiben, wenn ich von der chirurgischen Therapie absehe, nach unseren Erfahrungen also nur diejenigen Mittel übrig, die uns schon seit langen Zeiten bei der Bekämpfung des Puerperalfiebers zur Verfügung stehen und welche den Vorzug haben, dass sie auch vom praktischen Arzt meist leicht in Anwendung gezogen werden können: reichliche Nahrungszufuhr, Alkohol und Bäder. Der Versuch einer reichlichen Nahrungszufuhr muss umsomehr erstrebt werden, als wir durch Max Neisser wissen, was auch Walthard in seinem Referat betont hat, dass die Verdauung eine direkte Leukostimulation zur Phagozytose

bewirkt. Auf eine mit allen Finessen ausgerüstete Ernährung legen wir den allergrössten Wert. Sie gelingt fast immer bei geschultem Wartepersonal. Wer sich mit Angaben desselben, dass die Kranke nicht essen wolle, beruhigt, der wird allerdings mit seinen Ernährungsversuchen bei septischen Wöchnerinnen bald völlig Fiasko machen. Da die Ausnutzung der Nahrung bei fieberhaften Erkrankungen kaum beeinträchtigt ist, so ist damit ein weiterer Anlass gegeben, dieser ‚Ernährungstherapie‘ bei der Behandlung des Kindbettfiebers die grösste Beachtung zu schenken. Wir verzichten deshalb auf die früher und auch heute noch vielfach allgemein übliche ‚Fieberkost‘ und halten gerade die Zufuhr von Fleisch, gutem Gemüse u. a. in der nötigen Abwechslung und Zubereitung für durchaus erforderlich. Scheitert diese Art der Ernährung, was durchaus nicht häufig ist, an einer absoluten Appetitlosigkeit, so kann man immer noch versuchen, etwas mit lauen Bädern zu erreichen. Neben der bekannten Wirkung derselben auf die Gehirntätigkeit, Respiration und Zirkulation kommt gerade einer sachgemässen Bäderbehandlung die Fähigkeit zu, die Appetitlosigkeit häufig mit Erfolg zu bekämpfen. Hydropathische Einwicklungen des Körpers sind dabei in keiner Weise als Ersatz für diese Bäderbehandlung anzusehen. Dauernde Appetitlosigkeit infolge hohen Fiebers lässt sich zuweilen auch in vortrefflicher Weise durch eine geeignete Pyramidonbehandlung bekämpfen. So wie es den internen Klinikern bekannt ist, dass eine über den ganzen Tag hin fortgesetzte Darreichung von kleinen Dosen Pyramidon imstande ist, z. B. Typhuskranke völlig zu entfiebern, so gelingt das oft auch bei septischen Erkrankungen im Puerperium. Wir geben $\frac{1}{2}$ bis 1 g Pyramidon in einem Glas Wasser und lassen diese Mischung schluckweise im Laufe eines Tages trinken. Ein weiteres, noch wertvolleres Mittel, das imstande ist, bei mangelhaftem Appetit den fehlenden Kaloriengehalt zu decken, die Nahrungsaufnahme zu erleichtern und den Aufbrauch der Körpersubstanz zu verhindern oder zu verlangsamen, ist der vielgeschmähte Alkohol, wobei ich weit entfernt bin, denselben als ein Heilmittel bei septischen Erkrankungen hinzustellen, was auch Runge, der Begründer und eifrigste Verfechter der Alkoholtherapie bei Kindbettfieber niemals getan hat. Man könnte eigentlich nach der vernichtenden Kritik v. Herffs jeglichen Mut verlieren, noch einmal an dieser Stelle für dieses scheussliche Gift einzutreten, und man müsste eigent-

lich an seiner klinischen Beobachtungsgabe völlig zweifeln, wenn nicht in jüngster Zeit gewichtige Stimmen sich erhoben hätten, die unsere Beobachtungen am septischen Krankenbett völlig bestätigen. Es ist mir eine besondere Freude, zu konstatieren, dass der eine der Referenten (Walthard) den so viel geschmähten Alkohol wieder zu Ehren gebracht hat. Ebenso gebe ich meiner Freude Ausdruck, dass auch namhafte Kliniker, ich nenne nur Bumm und Lenhartz, welche letzterer wohl die meisten Erfahrungen über die Behandlung septischer Infektionen besitzt, den Alkohol warm empfehlen. Lenhartz nennt in seinem klassischen Werk über die septischen Erkrankungen (Handbuch von Nothnagel) den Alkohol in reichlicher Zufuhr und grossen Dosen geradezu als das beste Mittel bei der Behandlung der septischen Kranken. Er empfiehlt auch bei den puerperalen Infektionen die Zufuhr von Alkohol in Gestalt von kräftigem Portwein oder Madeira in einer Dosis von $\frac{1}{2}$ —1 Flasche pro Tag. Wir bevorzugen neben den schweren Südweinen die schweren Rheingauer und Burgunderweine, sowie Kognak mit Eigelb. Wenn v. Herff sagt, dass sich das Aussehen der septischen Kranken bei der Alkoholbehandlung verschlechtert, der Puls weicher wird und nicht selten die Erscheinungen des Alkoholrausches auftreten, wenn er weiter sagt, dass sofortiges Aussetzen der Alkoholbehandlung in augenfälligster Weise das Allgemeinbefinden der Wöchnerin bessert, so müssen wir das strikt bestreiten. Genau das Gegenteil haben wir nach unserem Material beobachten können. Und dabei haben wir uns nach Kenntnisnahme der abfälligen Kritik v. Herffs wirklich redliche Mühe gegeben, die Einwirkung des Alkohols auf septische Wöchnerinnen objektiv zu beurteilen. Im Gegenteil, was Runge schon vor einer Reihe von Jahren betont hat, gilt heute noch in derselben Form: Septische Wöchnerinnen vertragen grosse Dosen Alkohol sehr gut und besitzen eine ausgesprochene Immunität gegen die Alkoholintoxikation. Der Alkohol ist bei Sepsis ein gutes Reizmittel für das Herz. Er vermindert den Eiweisszerfall und erweist sich somit als ein Sparmittel für den Organismus. Ist die Kraft des septischen Prozesses gebrochen, so weisen ihn die Kranken zurück, weil er jetzt toxisch wirkt. Diese Ansicht deckt sich im grossen und ganzen mit den Bemerkungen Walthards in seinem Referat. Wie Runge auf dem letzten Gynäkologenkongress betont hat, sollte man allerdings bei der Alkoholbehandlung des Puerperalfiebers eigentlich immer

nur vom Aethylalkohol sprechen. Denn nur diesem allein kommt die günstige Wirkung auf septische Kranke zu. In allen gefälschten Weinen aber finden sich ausserdem andere Alkohole, in erster Linie der Amylalkohol, dessen schädliche Einwirkungen auf das Zentralnervensystem, den Magen und das Herz bekannt sind. Ebenso ist es heute eine feststehende Tatsache, dass der Aethylalkohol am besten in Form bukettreicher Weine und Kognak verabreicht wird. Es handelt sich hierbei um eine kombinierte Wirkung, wobei den in diesen Weinen enthaltenen verschiedenen Aethern eine günstige Einwirkung auf das Herz zuzuschreiben ist. Es geht durchaus nicht an, Alkoholversuche an Tieren und nicht fiebernden Menschen ohne Einschränkung auf septische Kranke zu übertragen. Das lehrt schon folgender einfache Versuch. Wenn man gesunden Menschen eine grössere Gabe Alkohol beibringt, so geht die Zahl der Leukozyten fast immer erheblich herunter, um erst nach einigen Stunden wieder auf die normale Höhe zu gehen. Bei septischen Kranken erfolgt auf die gleiche Dosis Alkohol meist ein erheblicher Anstieg der Leukozyten, der erst nach mehreren Stunden allmählich wieder abklingt. Des weiteren möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf zwei neuere Arbeiten lenken. Pringsheim hat sehr exakt nachgewiesen, dass Ratten bei dauernder Alkoholfuhr die Fähigkeit gewinnen, viel mehr Alkohol als vorher zu verbrennen. Bei diesen gewöhnten Ratten ist also die Konzentration, die der Alkohol in den Geweben erreicht, und damit die Giftwirkung geringer. Gleichzeitig wird aber natürlich durch die vermehrte Verbrennung auch mehr Energie gewonnen, also entsprechend mehr anderes Brennmaterial gespart. Weiterhin hat Kochmann gefunden, dass hungernde Kaninchen bei Alkoholfuhr in mässigen Dosen längere Zeit am Leben erhalten werden können, als die Kontrolltiere, die also früher verhungern. Dabei scheint es, dass der Alkohol die Beschaffung des Betriebsmaterials durch Einschmelzung von gewissen Gewebsarten (Muskel, Knochen), die für das Leben nicht so unentbehrlich sind, erleichtert, wodurch dann die lebenswichtigen Organe (Herz, Leber) mehr geschont und in ihrem Bestande erhalten bleiben. Kochmann diktiert deshalb dem Alkohol eine günstige Einwirkung auf den Organismus bei fieberhaften Prozessen zu. Gegenüber den von v. Herff herangezogenen Arbeiten, welche den schädlichen Einfluss des Alkohols bei künstlich infizierten Tieren beweisen sollen, erwähne ich

nur die Arbeit von Fränkel, dessen Versuche das Gegenteil beweisen, dass also der Alkohol die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen nicht herabsetzt. Ich bin aus dem oben angeführten Grunde weit davon entfernt, diesen Arbeiten einen entscheidenden Wert in dem Streite „Alkohol oder nicht“ zuzusprechen; da uns jedoch grundlegende Stoffwechselversuche bei der puerperalen Sepsis leider immer noch nicht zur Verfügung stehen, so beanspruchen diese sehr exakten Versuche immerhin ein grösseres Interesse. Wenn ich nunmehr meine Bemerkungen schliesse, so betone ich noch einmal, dass für uns nicht der geringste Grund vorliegt, von der Alkoholtherapie bei der puerperalen Sepsis abzugehen. Im Gegenteil, wir halten uns direkt für verpflichtet, dieses hervorragende Mittel bei der Allgemeinbehandlung septischer Prozesse unseren Kranken nicht vorzuenthalten.“ (Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 34.)

Syphilis. Ueber die Resorption und klinische Anwendung von Jothion veröffentlicht Dr. F. Nagelschmidt (Berlin) seine Erfahrungen und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Jothion wird in 10% igen Salben meist, in 3—5% igen immer gut vertragen.
2. 3—6 g dieser Salben, in die Haut verrieben, genügen zur Erzielung therapeutischer Resultate. Man muss 3—5 Minuten lang einreiben, bis die Salbe auf der Haut verschwindet. Wenn man öfter auf derselben Hautstelle einreibt, muss man gelegentlich eine Benzinreinigung dazwischen schalten, weil die Poren sich durch das Fett verstopfen.
3. Die Jodschmierkur bei Lues wird in der Weise ausgeführt, dass 3—4 g der 5% igen Salbe in sechstägigem Turnus in Arme, Beine, Brust und Bauch verrieben werden. Am siebenten Tage Vollbad. Dauer der Kur sechs Wochen. Jothion ist überall da indiziert, wo Jodkali innerlich, Jodkalisalbe oder Jodtinktur äusserlich angewandt werden. Es reizt weder den Magen, noch erzeugt es Jodismus. Reizerscheinungen auf der Haut können vermieden werden. Es hat vor der Jodtinktur den wesentlichen Vorzug, dass es nicht färbt und die Haut nicht so stark reizt. So kommt es nur selten zur Schälung, in der richtigen Konzentration niemals zur Exkoration.
4. Jothionsuppositorien sind bei chronischer und subakuter Prostatitis wie beiluetischen und tuberkulösen Mastdarmgeschwüren indiziert.

Man verordnet:

Rp. Jothion 5 g
Gadose gelatinat.

oder

Vaselin ad 100 g
D. S. Ein bohnergrosses Stück tägl.
1—2 mal einzureiben.

Rp. Jothion 5 g
Vaselin ad 100
M. Divid. in part. aequ. 25
D. in charta cerata
D. S. Tägl. 1 Päckchen nach Vor-
schrift. 10 Min. lang einzureiben.

Rp. Ol. Cacao raspati 2 g
Jothion 0,15
Pro suppositor. Frigide parat.

oder

Rp. Ol. Cacao 2 g
leni calore (35—40°) calefact.
Adde Jothion. 0,15
Pro suppositor. Dentur tal. dos. VI.

(Jothion destilliert bei relativ niedriger Wärme fort, daher
die Vorschrift zur Herstellung der Suppositorien.)

(Therap. Monatshäfte, September 1909.)

— **Einen Beitrag zur Jothiontherapie** liefert M. Keibel (Berlin):

„Die Anwendung des Jothions zur Behandlungluetischer Komplikationen, namentlich von drüsigen Organen, ist bereits von seiten mehrerer Forscher gewürdigt worden. So liegen Prüfungen der Fingerschen, Josephschen und Pickschen Klinik vor, wo überall mit Jothion in der mannigfachsten Beziehung gute Erfolge erzielt wurden. Gerade diese Berichte veranlassten mich, gleichfalls Versuche mit diesem Präparat zu machen, zumal ich bei einer sehr starkenluetischen Schwellung der rechtsseitigen Parotis von anderen bekannten Jodpräparaten, wie Jodvasogen, keinen Erfolg sah. Die Parotis hatte einen Umfang von fast Hühnereigrösse und war sehr hart. Angewandt wurde 15%iges Jothion in ölicher Konsistenz. Bereits nach den ersten Einreibungen wurde die harte Konsistenz ziemlich weich, und die Drüse nahm allmählich an Umfang ab. Nach zirka 14 Tagen, während welcher ich den Pat. absichtlich nicht sah, war die Schwellung, die sehr entstellte,

fast um die Hälfte verschwunden. Rötung der Haut war nicht aufgetreten. Nach Verlauf von zirka neun Wochen war die Schwellung mit dem blossen Auge nicht mehr zu entdecken und nach weiteren drei Wochen auch durch die Palpation nicht mehr nachweisbar. Wahrscheinlich beruht diese schnelle Wirkung auf der sehr schnellen Resorption des Präparates, wie z. B. Lipschütz bereits nach zirka einer Stunde Jod im Speichel und Urin nachgewiesen hat. Ein besonderer Vorteil des Präparates liegt in seiner Farblosigkeit und in seiner relativen Reizlosigkeit, sobald es nicht in höherer Konzentration wie 10—15% angewendet wird. Ich empfehle folgende Formel:

Rp. Jothion 3,0—4,5
Ol. oliv. oder Vaseline. ad 30,0.
S. morgens u. abends einzureiben.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 28.)

- **Der diätetische Wert der Somatose für die Therapie der S.** ist nach Dr. G. Haedicke (Berlin) ein bedeutender. Wenn das Allgemeinbefinden der Pat. zu Bedenken in bezug auf die Quecksilberkur Anlass gibt, bei geschwächten Individuen, muss die Somatose als Diaeteticum als schätzenswertes Hilfsmittel angesehen werden.

(Deutsche Mediz.-Zeitung 1909 Nr. 56.)

Tumoren. Zur Symptomatologie des Kehlkopfkrebsses

schreibt Prof. Réthi (Wien): „Zwei Fälle, die ich in den letzten Jahren beobachtete, sind die Veranlassung zu folgender Mitteilung. In beiden Fällen waren papillomatöse Massen an beiden Stimmbändern vorhanden, und zwar an zwei weit voneinander entfernten und getrennten Stellen. Einen dieser Fälle konnte ich längere Zeit hindurch, fast zwei Jahre vor dem ersten Auftreten der papillomatösen Wucherungen beobachten, so dass sich dieselben geradezu unter meinen Augen entwickelten. Dieser Fall betraf einen etwa 60jährigen Mann, der sich das erstemal wegen zeitweiligen, seit Jahren hie und da auftretenden Räusperns, etwas belegter Stimme und Trockenheit im Halse vorstellte. Die Untersuchung ergab eine chronische Pharyngitis und eine nur ganz geringfügige akute Laryngitis. Die Stimmbänder etwas gerötet, kaum andeutungsweise aufgelockert und der Rand minimal exkaviert, so dass der Glottisschluss nicht vollständig exakt war. Nach einigen Tagen waren die akuten Erscheinungen abgelaufen und

die Stimme wieder rein, wenn auch der Rachen nachher noch zeitweilig Beschwerden machte, insbesondere Halskratzen verursachte. Mit derartigen Rückfällen sah ich den Pat. in Interwallen von einigen Monaten etwa 1 1/2 Jahre hindurch, ohne dass sich etwas Besonderes gezeigt hätte. Nach einer längeren Pause von etwa einem halben Jahre, während welcher Zeit ich ihn nicht sah, zeigte sich bei der laryngoskopischen Untersuchung des nun seit zwei Wochen heiseren Kranken am rechten Stimmbande, nahe dem Processus vocalis an der oberen Fläche, bis an den Stimmbandrand heranreichend und zum Teile auch auf diesen übergreifend, eine grau-rötliche papillomatöse Bildung von etwa Halblinsengrösse, die nur wenig über das Niveau des Stimmbandes hervorragte und am linken Stimmbande zwischen dem vorderen und mittleren Drittel eine ähnliche, aber viel kleinere zottige Wucherung. Stimmbandbewegung frei. Der zweite Fall, den ich etwas später sah und der einen 70jährigen Mann betraf, zeigte bei der ersten Untersuchung genau dasselbe laryngoskopische Bild wie der erstbeschriebene Fall; an jedem Stimmbande links hinten und rechts weiter vorne eine papillomatöse Wucherung. Der Glottisverschluss hiedurch etwas behindert. Bewegung der Stimmbänder ebenfalls frei. Das diskrete Auftreten an zwei räumlich voneinander getrennten Stellen, das gleichzeitige Auftreten der papillomatösen T. an beiden Stimmbändern, während die dazwischenliegenden Partien keine Veränderungen zeigten, liessen von vornherein nicht den Verdacht auf Bösartigkeit aufkommen. Bei der mehrere Wochen hindurch fortgesetzten Beobachtung konnte ich im ersteren Falle konstatieren, dass die warzigen Bildungen nur ganz unmerklich an Ausbreitung zunahmen. Die empfohlene Exstirpation, anfangs vom Pat. abgelehnt, wurde schliesslich zugestanden; die Untersuchung der entfernten Massen, und zwar vom rechten sowohl wie auch vom linken Stimmband ergab jedoch zu meiner grössten Ueberraschung unzweifelhaft Karzinom, was der weitere Verlauf auch bestätigte. Im zweiten Falle war ich, durch die Erfahrung im ersten Falle belehrt, schon bei der ersten Untersuchung skeptisch. Pat. verweigerte anfangs auch die Exstirpation und ich schlug eine Beratung mit einem zweiten Fachmanne vor. Dieser hat mit Rücksicht auf das papillomatöse Aussehen, den Mangel an Infiltrationserscheinungen, die freie Beweglichkeit der Stimmbänder, trotzdem sich eine der Neubildungen nahe dem Cricoarytaenoidgelenk befand, insbesondere aber

mit Rücksicht auf den Sitz an zwei räumlich weit von einander getrennten Stellen, die Diagnose, wie nicht anders zu erwarten war, mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Papillom gestellt. Nach weiteren 14 Tagen entschloss sich der Kranke zur Operation. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten T. ergab auch hier mit Bestimmtheit Karzinom, was ebenfalls durch den weiteren Verlauf bestätigt wurde. Dass das Karzinom unter dem Bilde eines gutartigen Papilloms auftreten kann, dass Infiltrationserscheinungen im Beginne oft nicht deutlich zum Ausdrucke kommen und erst später deutlicher werden, ist bekannt und man ist zuweilen anfangs im Zweifel, ob es sich um eine gutartige oder eine bösartige Neubildung handelt. Im allgemeinen ist es richtig, dass multiples Auftreten eines primären T. von vornherein gegen Karzinom spricht; das Karzinom tritt zunächst, man kann sagen, in der Regel einseitig auf. Doch ist, wie wir sehen, auch bei multiplem Auftreten einer Neubildung Vorsicht am Platze. Es könnte übrigens auf einer Seite ein Karzinom und auf der anderen eine gutartige oder vielleicht noch gutartige Neubildung vorliegen; es kann sich aber, wie in diesen zwei Fällen, von vornherein an beiden Stellen um Karzinom handeln. Das diskrete Auftreten von papillomatösen T. an weit auseinander liegenden Stellen kann also nicht mit Sicherheit als Symptom der Gutartigkeit einer Neubildung angesehen werden, auch wenn die dazwischenliegenden ausgedehnten Gebiete sich frei von Veränderungen, insbesondere Infiltrationserscheinungen erweisen. — Zum Schlusse noch eine Bemerkung. Man sieht bekanntlich beim Stimmbandkarzinom oft schon frühzeitig eine verminderte Beweglichkeit des Stimmbandes, wie B. Fränkel angibt, in jenen Fällen, in denen der T. am hinteren Ende des Stimmbandes, also nahe dem Cricarytaenoidgelenke seinen Sitz hat; aber ich sah in zahlreichen anderen wie auch in diesen beiden Fällen, trotzdem der T. in der Gegend des Proc. vocalis sass, keine Spur einer Bewegungseinschränkung; sie tritt oft relativ erst sehr spät auf und ich möchte diese Erscheinung im allgemeinen nicht zu den Frühsymptomen des Stimmbandkarzinoms rechnen. (Wiener med. Wochenschrift 1909 Nr. 35.)

- **Ueber Mutterbrust und Karzinom** betitelt sich eine statistische Arbeit von Dr. A. Groth. Durch das Entgegenkommen einer grossen Reihe der bayrischen Amtsärzte war dieser in der Lage, auf Grund von genauen Erhe-

bungen über die Häufigkeit des Stillens in Bayern zu untersuchen, ob in denjenigen Gegenden, in welchen im allgemeinen dem Säugling die Mutterbrust gereicht wird, die Erkrankungen der Brustdrüse und der weiblichen Sexualorgane an Karzinom wesentlich seltener sind als in solchen, in denen die Frauen ihre Kinder künstlich ernähren. Es ergab sich nun in ganz eindeutiger Weise, dass durchaus in Uebereinstimmung mit dem Steigen der durchschnittlichen Stilldauer ein Fallen der Todesziffern an Karzinom resultiert, und zwar sowohl bei den Karzinomen der Brust, wie der sexuellen Organe. Man kann also sagen, dass die Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust der Mutter selbst einen weitgehenden Schutz vor diesen Erkrankungen gewährt.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 32.)

Vermischtes.

- **Ein bequemer warmer Umschlag** wird von Dr. R. Schimmelpfennig in Charlottenburg empfohlen. „Der Umschlag besteht im wesentlichen aus Korkschröten (fein zerkleinerter Kork), das in 1,5—2 cm dicker Schicht zwischen einem porösen, Flüssigkeiten und Gase leicht durchlassenden und einem undurchlässigen Gewebe (Mosetigbatist) in geeigneter Weise befestigt ist. Korkschröt besitzt infolge seiner eigenen Struktur eine grosse Aufnahmefähigkeit für Flüssigkeiten. Der etwa 35 : 45 qcm grosse Umschlag fasst 250 g. Die Flüssigkeit, die hier in Betracht kommt, ist Alkohol, mit dem die poröse Seite des Umschlags durch Hin- und Hergiessen getränkt werden soll. Am wirksamsten ist selbstverständlich der absolute, doch der ist teuer; brauchbar ist auch Brennspiritus, empfehlenswert ist eine Mischung beider zu gleichen Teilen. Das ursprünglich harte Korkschröt wird durch Alkohol so weich, dass ein gutes Anschmiegen des Umschlags an die zu behandelnden Körperteile möglich ist. Die Befestigung geschieht mittels Binde, die jedem Umschlag beiliegt, und zwar durch feste Touren. Beim Anlegen ist darauf zu achten, dass Alkohol, bevor er eine Hyperämie der Haut hervorruft, bekanntlich momentanes Kältegefühl erzeugt. Dieses kann dadurch verringert werden, dass der an der Oberfläche

der porösen Seite befindliche Alkohol vorher mit einem Tuch abgetupft wird. Bei empfindlichen Pat. empfiehlt es sich aus demselben Grunde, den Umschlag langsam unter leichtem Andrücken zu befestigen. Das Wärmegefühl, das bald einsetzt, ist ein äusserst angenehmes und stundenlang andauerndes. Dasselbe wird durch gelegentliche Bewegungen der bedeckten Partie oder auch durch Andrücken von aussen noch gesteigert. Nach Abnahme des Umschlags ist ein Einfetten der betreffenden Hautpartie notwendig, da der Alkohol der Haut ausser Wasser das Fett bis zu einem gewissen Grade entzieht, eine Massnahme, die übrigens gleichzeitig mit Massage verbunden werden kann, sofern dieselbe angezeigt ist. Sollte der Alkoholgeruch einigen Pat. unangenehm sein, so lässt sich leicht ein Parfüm hinzufügen. Der Geruch des Brennschneepfeifens lässt sich z. B. sehr gut mit einigen Tropfen des Oleum Geranii verdecken. Ein Vorteil des Umschlags ist, dass er nicht sehr aufträgt, also im Bedarfsfalle im Dienst getragen werden kann, wenigstens am Oberkörper. Auf jeden Fall zeichnet er sich durch Einfachheit in seiner Anwendung und durch tadellose Sauberkeit aus. Bei akuten Erkrankungen ersetzt er die umständlichen Warmwasser- und unappetitlichen Breiumschläge, zumal er erst nach Stunden gewechselt zu werden braucht; bei chronischen Erkrankungen bietet er bis zu einem gewissen Grade einen Ersatz für die kostspieligen Thermophore. Der Umschlag eignet sich überall für Rumpf und Extremitäten. (Alleiniger Fabrikant: C. Küchmann, Berlin, Dorotheenstr. 83. Preis pro Stück 6 Mk.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 47.)

- **Ein Beitrag zum Abriss der Streckaponeurose der Finger und dessen Behandlung** wird von Dr. Felix Kraemer (Frankfurt a. M.) geliefert: „In dem Falle, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, verspürte der Pat. beim Anfassens eines Kleidungsstückes plötzlich einen stechenden Schmerz im rechten Mittelfinger. Das Endglied stand sofort angeblich in mässiger Beugstellung, die in den nächsten Tagen sich vermehrt haben soll. Aktive Streckung war unmöglich, passiv konnte das Glied gestreckt werden, losgelassen ging es sofort wieder in Beugstellung über. Pat. liess sich die ersten 14 Tage nicht behandeln, da er in seinem Beruf kaum behindert wurde. Trotzdem hatte er schliesslich den Wunsch, die Entstellung des Fingers beseitigt zu sehen. Die Behandlung bestand zunächst in

Anlegung eines Stärkeverbandes mit dorsaler Holzschiene. Nach acht Tagen wurde der Gazeverband erneuert, die Flexionsstellung zeigte sich bereits vermindert. Beim zweiten Stärkeverband wurde eine kleine Eisenblechschiene benutzt, die dem Endgliede des Fingers entsprechend dorsal abgebogen wurde. Dadurch wurde eine Ueberstreckung des flektierten Endgliedes erreicht. Nach etwa einer Woche wurde der Verband abgenommen mit dem Erfolg, dass das Endglied völlig gestreckt blieb. Zur Sicherung des Erfolgs trug der Pat. noch etwa 14 Tage einen Glacé-däumeling mit dorsal eingenähtem Stahlschienenchen (nach Angabe von Selberg). Die Aetiologie dieses Falles ist die der meisten übrigen Fälle: Stoss des ausgestreckten Fingers auf einen Widerstand mit nachfolgender forcierter Beugung der Endphalanx bei Streckung der II. Phalanx im ersten Interphalangealgelenk. In therapeutischer Hinsicht ergibt dieser Fall, dass selbst noch einige Zeit nach dem Unfall eine Heilung auch ohne Operation möglich ist.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 14.)

- **Wederhake: Behandlung der sog. Beinleiden.** Wederhake empfiehlt zur Behandlung des Ekzems des Unterschenkels, des Unterschenkelgeschwürs, der Varicen, des Hydrarthros et Hämarthros genu et pedis, der Elephantiasis cruris den Unnaschen Zinkleimverband. Er gebraucht statt des Zinkleims eine 2%ige Lösung von Parakautschuk im Tetrachlorkohlenstoff. Diese Lösung hat vor dem Zinkleim den Vorteil voraus, dass sie schneller trocknet, dass sie vor dem Gebrauche nicht erwärmt werden braucht und daher in ihrer Anwendung bequemer ist. Statt der bei dem Zinkleimverband gebräuchlichen Stärkegazebinden empfiehlt er die Verwendung von 8—10 cm breiten Binden, die aus rohem, ungebleichtem Nesselgewebe hergestellt sind. Diese Binden haben vor den Stärkebinden den Vorteil, dass sie etwas elastisch sind. Dazu kommt, dass der rohe, ungebleichte Nessel die Eigentümlichkeit besitzt, dass seine Fasern bei der Berührung mit Wasser sich verkürzen, dass das Gewebe also „einläuft“ und auf diese Weise nach Anlegung des Verbandes eine mässige Kompression ausübt. Die Anlegung des Verbandes geschieht nun so: Nachdem der Unterschenkel durch ein reichliches Seifenbad gründlich gereinigt und rasiert worden ist, reibt man ihn mit Aether oder Tetrachlorkohlenstoff so lange gründlich ab, bis alles an der Haut haftende Fett gründlich entfernt worden ist und die Haut durchaus trocken ist. Dann

bepinselt man die Haut von dem Zehengrunde anfangend fast zirkulär — man lässt am besten nur die Tibiakante frei — mit dem erwärmten Zinkleim oder der Parakautschuklösung und legt sofort darüber in zirkulären Touren eine Nesselbinde. Die Binde kann doppelköpfig gebraucht werden, doch ist dies nicht unbedingt notwendig. Das Anlegen der Binde geschieht so, dass der Unterschenkel mässig komprimiert wird. Dann legt man über diese Binde eine einfache Lage einer feuchtgemachten Stärkebinde und lässt den Verband trocken werden, was etwa 10 Minuten dauert. Ein solcher Verband kann drei Wochen und länger liegen bleiben. Befinden sich am Unterschenkel Geschwüre, so müssen diese vor der Anlegung des Verbandes versorgt werden. Der Nesselbindenverband hat vor dem Unnaschen Zinkleimverband die folgenden Vorteile: 1. Er ist ein wirklicher Kompressionsverband, der sich auch nach dem Abswellen des Unterschenkels den neuen Verhältnissen anpasst und eine leichte Kompression ausübt. Die durch die Transpiration der Haut abgesonderte Flüssigkeit genügt, um den Nessel zum „Einlaufen“ zu bringen. 2. Er ist sauber und leicht anzulegen. Man braucht namentlich auf das Trocknen des Verbandes nicht lange zu warten. Die Parakautschuklösung muss aus bestem Kautschuk hergestellt werden. Dann sieht man niemals Reizerscheinungen. Der zum Auftragen benutzte Pinsel wird am besten vor dem erstmaligen Gebrauche durch Einlegen in Tetrachlorkohlenstoff entfettet.

(Verein der Ärzte Düsseldorfs, 9. Novemb. 1908. —
Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 7.)

— **Ueber eine Vorrichtung zur Herstellung von Scheidentampons** berichtet Dr. Harry Cohn (Berlin): „Jeder Praktiker wird zweifellos die Erfahrung gemacht haben, dass ihm die Herstellung gleichmässiger Scheidentampons trotz grosser Uebung in der Regel nicht glückt, dass insbesondere die Fäden, die er um den zusammengedrückten Wattebausch schlingen will, leicht abgleiten. Die käuflichen, fabrikmässig hergestellten Tampons haben mich wenig befriedigt, weil sie — abgesehen von ihrem verhältnismässig hohen Preise — nicht fest genug sind und nur in einem Format hergestellt werden. Diese Erwägungen haben mich dazu geführt, den folgenden kleinen Apparat zu konstruieren, mit dessen Hilfe man in wenigen Augenblicken und für wenige Pfennige hinreichend feste und stets gleichmässige Tampons von der gewünschten

Form und Grösse anfertigen kann. Der Apparat besteht im wesentlichen aus einem zylindrischen Behälter, in welchem senkrechte Schlitze angeordnet sind, die bis an den Behälterboden hinabreichen. In diese Schlitze werden ein oder zwei Fäden eingelegt, die sich in letzterem Fall auf dem Behälterboden kreuzen. Sodann wird Watte in den Behälter eingedrückt und danach die Schnürfäden einfach oder kreuzweise über der eingedrückten Watte gebunden, ohne dass diese von den Fingern berührt wird. Dieser Behälter — in drei Grössen angefertigt — wird in ein metallenes Fusstück gespannt und durch dessen Schwere in zweckmässiger Weise festgehalten.“ Den Vertrieb der Vorrichtung — Deutsches Reichs-Patent Nr. 206651 — hat das Medizinische Warenhaus, Berlin, Karlstr. 31, übernommen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 23.)

- **Kohlensaure Teilbäder** (*Kohlensaure Hand-, Fuss- und Sitzbäder*) empfiehlt von neuem Dr. Carl Pototzky (Kurhaus Schloss Tegel bei Berlin). Er schreibt: „Seit der ersten Publikation über ‚Kohlensaure Hand- und Fussbäder‘ haben weitere Versuchsreihen die günstigen Resultate bestätigt. Abgesehen von der ‚lokalen‘ Wirkung zeitigte die ‚ableitende‘ der kohlensauren Fussbäder prompte Resultate, während sich die kohlensauren Handbäder bei gewissen Formen von Angina pectoris, Asthma u. ä. als sehr brauchbar erwiesen. Auch bei der Prophylaxe und Therapie der Arteriosklerose leisteten diese Bäder gute Dienste, indem durch die lokale Einwirkung die Zirkulation in den Extremitäten angeregt wurde und die Sensationen (Gefühl des Abgestorbenseins usw.) schnell schwanden. Verabfolgt man regelmässig längere Zeit hindurch diese Bäder, so werden die Gefässe der Extremitäten allmählich geübt und gebahnt; so werden Gefässpartien, die in Gefahr waren zu veröden, wieder aktionsfähig, wodurch anderseits das Herz selbst entlastet wird. Die Bäder wurden von den Pat. gern genommen, und zwar haben sie vor den wechselwarmen Bädern, mit denen sie in der Wirkung verwandt sind, den grossen Vorzug, dass hier die unangenehme Shockwirkung, die dort beim schroffen Uebergang von dem warmen zum kalten Medium eintritt, fortfällt. Ausserdem sind sie einphasig, und so ist die Prozedur eine recht bequeme und saubere. Zur Technik wäre noch nachzutragen, dass die früher für die kohlensauren Handbäder empfohlene Verwendung von zwei getrennten Gefässen nur für schwere Fälle reserviert zu werden

braucht; im allgemeinen stellte es sich heraus, dass ein einziges Handbecken genügte; jedoch ist darauf zu achten, dass durch entsprechende Haltung der Arme ein Zusammenpressen des Brustkorbes vermieden wird. In Ergänzung der kohlensauren Hand- und Fussbäder habe ich auch weitere Arten kohlensaurer Teilbäder zu Versuchen herangezogen. So sind die kohlensauren Sitzbäder dort am Platze, wo es sich darum handelt, die Zirkulation in den Regionen des Beckens und des Abdomens anzuregen (gewisse Formen von Hämorrhoidalleiden, alte parametritische Exsudate, atonische Form der Obstipation usw.) Meurier (Gent) empfahl jüngst derartige kohlensaure Sitzbäder gegen Uterushyperämie, Amenorrhoe und chronische Metritis. Die Art der Herstellung der kohlensauren Teilbäder ist im allgemeinen ziemlich belanglos, nur ist dafür Sorge zu tragen, dass bei der Verwendung von Chemikalien Mischungen vermieden werden, die bei der Entwicklung saure Lösungen ergeben. Denn gerade bei den Teilbädern kommen oft Partien zur lokalen Behandlung, die sehr empfindlich sind, z. B. bei Hämorrhoiden oder bei Unterschenkeln, die zur Verhütung der Gangrän einer Zirkulationsanregung bedürfen. Uns hat sich nach eingehender Prüfung eine Kombination von Natrium bicarbonicum und Acidum tartaricum (in bestimmter Kristallgrösse) als recht geeignet erwiesen, die in entsprechendem Verhältnis und in handlicher Verpackung von Max Elb, Dresden (unter der Bezeichnung ‚Hafusi-Bäder, kohlensaure Hand-Fuss-Sitzbäder‘) zusammengestellt wird. Dabei wird das Alkali zuerst vorsichtig auf eine — möglichst im Zentrum des Wasserspiegels gelegene — Stelle geschüttet und fällt, leicht verstreut, auf den Boden des Gefässes. Unmittelbar darauf wird auf die gleiche Stelle der Wasseroberfläche das Acidum tartaricum gestreut; auch dieses wird beim Fallen leicht verteilt und lagert sich auf das am Boden liegende Natron. Die Kohlensäure-Entwicklung setzt nunmehr prompt ein. Sofort müssen jetzt die zu behandelnden Körperpartien vorsichtig ins Bad gelassen werden und sollen möglichst ruhig, ohne die Mischung aufzurühren, im Wasser verharren. Bald bedecken sie sich mit sehr feinen Kohlensäurebläschen; die Kohlensäure-Entwicklung selbst geht ruhig — nicht schäumend — von statten, das Badewasser bleibt völlig klar. Dabei ist hervorzuheben, dass das Bad keine saure, sondern eine alkalische resp. neutrale Reaktion aufweist, dass also eine Reizung der betroffenen Partien nicht zu erwarten ist. Im Gegenteil

würde durch die Alkaleszenz des Wassers eine Fettverseifung gewährleistet, wodurch die Hautoberfläche gereinigt und der Einwirkung seitens der sich ansetzenden und abstossenden Kohlensäurebläschen besser erschlossen würde. Die für das Zustandekommen einer guten Wirkung des Bades bestgeeignete Wassermenge beträgt etwa 8—12 Liter, jedoch würde selbst ein noch grösseres Quantum die Intensität des Bades nur wenig beeinflussen. Die Temperatur des Bades soll etwa 32° C., die Dauer fünf Minuten betragen. In bestimmten Fällen kühle Kopfkompresse, nach dem Bade Bewegung.“ (Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 7.)

- **Guttaperchapapier in Bindenform** nach Dr. Katzenstein, wie es jetzt von der Firma P. A. Stoss Nachf. in Wiesbaden hergestellt wird, bietet dem Praktiker manche Vorteile. Die Vermeidung der grossen Abfälle bedingt eine wesentliche Ersparnis an Material. Die Verbände sind gleich gebrauchsfertig, man bedarf keiner Mullbinden mehr zum Halten des Verbandes, da es genügt, die Guttaperchabinde mit einer Nadel festzustecken. Die Binden sind 5 m lang und 2 (für Finger), 3, 4, 5, 6, 8 und 10 (für Brustumschläge) cm breit.

Bücherschau.

Von den Jankauschen „Taschenbüchern“ sind wieder zwei in neuen Auflagen erschienen (M. Gelsdorf, Eberswalde): Das **Taschenbuch für Ohren-, Nasen- und Halsärzte** (das „Rachen“- im Titel dürfte wohl überflüssig sein!), welches bereits in 9. Ausgabe vorliegt, und das **Taschenbuch für Chirurgen und Orthopäden**, das in dritter Auflage erschienen ist. Beide Bücher haben eine wesentliche Vermehrung des Inhalts erfahren, da der Herausgeber stetig bemüht ist, alles, was den betreffenden Spezialkollegen von Wichtigkeit erscheinen könnte, zu sammeln und seinen Taschenbüchern einzuverleiben. Diese sind aber nicht nur den Spezialärzten zu empfehlen, sondern sie werden jedem Praktiker, namentlich in kleinen Städten und auf dem Lande, die ja in allen Spezialfächern zu Hause sein müssen, die besten Dienste leisten.

Von den rühmlichst bekannten Lehmannschen *Medizin. Atlanten* sind jetzt Bd. VII und Bd. VIII erschienen: F. M. Grödel: **Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medizin** (Preis: Mk. 24.—) und W. Praussnitz: **Atlas und Lehrbuch der Hygiene** (Preis: Mk. 28.—). Der Arzt muss ja etwas tief in seinen Geldbeutel greifen, wenn er sich diese Atlanten anschaffen will; aber an und für sich sind die Preise, wenn man bedenkt, was dafür geboten wird, recht niedrig gestellt, und bereuen wird der Käufer diese Ausgaben nicht, gerade bei den beiden vorliegenden Atlanten nicht, die äusserst wichtigen Stoffen gewidmet sind, über die der Praktiker heut vollkommen orientiert sein muss. Und er kann sich nicht besser über diese Dinge orientieren, als wenn er diese beiden Werke studiert. Die Texte, von hervorragenden Fachmännern und einem Stabe bedeutender Mitarbeiter bearbeitet, kurz und klar, durchaus auf dem Boden der Praxis stehend, alles Wissenswerte berücksichtigend, und die unzähligen Abbildungen, auf das Prachtvollste ausgeführt, alle Details des Textes dem Leser vor Augen führend. Diese Vorzüge der Lehmannschen Atlanten sind ja bereits allgemein bekannt, und auch wir haben sie oft genug hervorgehoben; aber immer wieder, wenn man diese Bücher in die Hand bekommt, drängt es einen, ein Loblied anzustimmen. Wir Aerzte von heut können uns freuen, solche Werke zu besitzen, aus denen wir spielend unsere Kenntnisse befestigen und erweitern können. Und man greife tief in seinen Beutel und schaffe sie sich an!

Notiz.

Unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.**, bei. Er betrifft das bereits bestens in der Praxis eingeführte **Digipuratum** und **Jodival**.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.



Diätvorschriften,

die der Arzt geben muss, sind für den Patienten meist gleichbedeutend mit Verzicht auf ein liebgewordenes Genussmittel und werden deshalb oft nicht befolgt.

In allen Fällen, in denen der Patient keinen Kaffee trinken darf, wird der Arzt durch Empfehlung des coffeinfreien „Kaffee Hag“ seinen Zweck erreichen, ohne dem Patienten den Kaffeegenuss nehmen zu müssen. „Kaffee Hag“, coffeinfrei, enthält nur noch geringe, physiologisch unwirksame Mengen von Coffein, schmeckt aber genau wie jeder andere gute Kaffee. —

**Die Kaffee-Handels-Aktien-Gesellschaft, Bremen,
sendet auf Wunsch Gratisproben
und wissenschaftliche Literatur.**

In allen Krankheitsfällen

ist Kathreiners Malzkaffee ein durchaus empfehlenswertes Getränk wegen seiner absoluten Indifferenz und seines aromatischen Wohlgeschmackes. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

Ichthyol-Gesellschaft
Cordes, Hermann & Co. **HAMBURG.**

Alleinige Fabrikanten von:

Ichthyol.

Bewährtes organisches Schwefelpräparat.

Ichthoform.

Bewährtes Darmantisepticum.

Literatur und Gratisproben vorstehend verzeichneter Präparate, deren Namen uns gesetzlich geschützt sind, stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Malztropon

für stillende Mütter

Malztropon bewirkt eine auffallend schnelle Vermehrung der Muttermilch; es hebt das Allgemeinbefinden und beseitigt etwa vorhandene Beschwerden des Selbststillens.

Büchse **nur** Mk. 1.—.

Troponwerke Mülheim-Rhein.



Warum **Kaisers Kindermehl** eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis
1/4 kg-Dose 65 ¢

Proben gratis
1/2 kg-Dose M 1.25.

Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

Dr. Walther Koch's „Praevalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-robrierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik

in Döhren bei Hannover.

Deutsch-Südtirol

Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

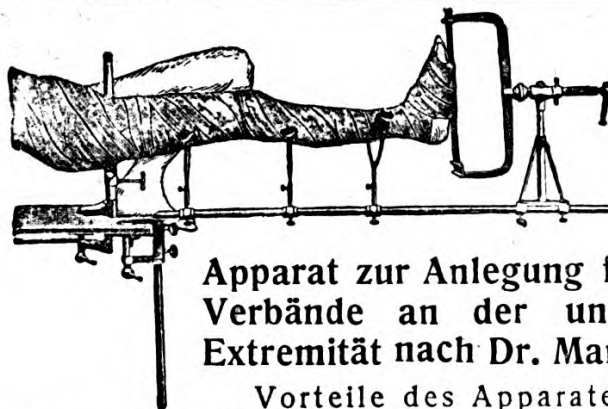
Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt

Lenicet
Euvaselin
Bleno-Lenicet-
Salben

Dr. R. Reiss'
Lenicet- u.
Euvaselfabrik
Charlottenburg 4

schwerlös-
essigsäure
Tonerde
in
Streupulvern,
Salben:
Chirurgie,
Dermatolog.
Ophthalmolog.
Gynaecolog.



Apparat zur Anlegung fester
Verbände an der unteren
Extremität nach Dr. Manasse

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Operation von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
 2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
 3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
 4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.
- Preis Mk. 120.—.** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowerstr. 18/19,** Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.

Neuheit!

D. R. P. Nr. 193523.

D. R. G. M. Nr. 329682.

vergl.
„Zentralblatt
für
Chirurgie“
Nr. 18,
1908.

ohne
ärztliche
Assistenz.

Aus dem Quellsiederschlage der Schwefelquellen des Königl. Bades Nenndorf, aus neutraler Seife und Lanolin, wird durch Filieren hergestellt die Überfettete

Nenndorfer Schwefelseife

Bestes kosmetisches Mittel bei unreiner Haut, Heilmittel bei nässenden und trockenen Ausschlägen und Flechten, Psoriasis vulgaris, Sykosis, Pruritus, Furunculosis etc. etc.

Nenndorfer Mundwasser

ist gegen Stomatitis das wirksamste, angenehmste und billigste Mittel zur gründlichen Pflege des Mundes und der Zähne.

Zu haben in den Apoth., ev. durch Apoth. A. Jacobi, Bad Nenndorf b. Hannover.

Laxin Confect

Abführende Fruchtpasten

von höchstem Wohlgeschmack und sicherer, milder Wirkung.

Original Dose (20 Stück) 1-Mark

Proben und Literatur gratis.

Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.

Nährpräparate:

Prof. Dr. Soxhlet's

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulverform in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu 1,50 Mk.

Nährzucker-Kakao in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt 2,— Mk.

Leicht verdauliche Eisenpräparate,

klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H. H. Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H.

In Passing bei München.

Albin

H₂O₂=Zahnpasta

stark desinfizierend und desodorisierend, dabei völlig
ungiftig. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, foetor ex
ore u. dgl.

Lactagol

Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten,
Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyl-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben
sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie
erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne
man nur Original-Packung (80 g Mk. 1.—).

Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghans, Leipzig.

XIX.
Jahrgang.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

Einzelpreis 45 Pf.

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—
zuzüglich Porto.

№ 3.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Inhalts-Verzeichnis:

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. — Augenentzündungen. — Blutungen. —
Bronchiektasien. — Diabetes. — Ekzem. — Gonorrhoe. — Magen-
und Darmaffektionen. — Nephritis. — Tuberkulose — Vermischtes. —
Bücherschau.

Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzeneiweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. = Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2—6 Tabletten täglich. = Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes J = Literatur und Proben kostenfrei.

Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Interne Therapie der Gonorrhoe

THYRESOL

(Santalolmethylaether)

vollkommen reizlos, tadellos bekömmlich.

Spaltet im Körper kein freies Santalol ab,
daher ohne schädigende Wirkung auf Darm
und Nieren, beseitigt prompt subjektive Be-
schwerden, beschränkt entzündliche Erschei-
nungen und eitrige Sekretion, klärt den
trüben Urin und verhindert Komplikationen.

Verordnung: flüssig in Tropfflacon à 10 g } „Originalp.-Bayer“
Gelatine-Perlen, à 0,25 g Nr. XXX }
und bes.

Neu! **THYRESOL-TABLETTEN** Neu!

à 0,25 g Nr. XXX „Originalp.-Bayer“
(mit Magnes. carbonic. zur gleichzeitigen Regelung der Darmfunktion).

Erhöhung des Stoffwechsels

und der **harnsäurelösenden Kraft des Urins** führt nach Versuchen an der Göttinger Universitätsklinik der Gebrauch der „Kaiser-Friedrich-Quelle“, Offenbach am Main, herbei. Die der Flaschenfüllung zugesetzte freie Kohlensäure macht den Geschmack des Mineralwassers sehr angenehm und übt einen wohltätigen Reiz auf den Magen aus. Die Gefrierpunktserniedrigung mit $0,220^{\circ}$ bedingt geringere Verweildauer des Mineralwassers im Magen als die anderer gleichartiger Getränke einer höheren molekularen Konzentration. Daher indiziert in der Therapie von **Gicht und Nierensteinen**. — Ausserdem vorzügliches Tafelwasser.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

Das Problem der rationellen Phosphorthherapie ist erst durch die Entdeckung des Phytin gelöst worden.

PHYTIN

Stoffwechsel und Appetit anregend, blutbildend, das Körpergewicht erhöhend, Nerven stärkend.

Natürliches Kräftigungsmittel.

Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze.

Aus Pflanzensamen hergestelltes, vollständig definiertes organisches Phosphorprinzip. Enthält 22,8 % organisch gebundenen Phosphor in vollkommen assimilierbarer ungiftiger Form.

Rp. 1 Originalschachtel Phytin-Kapseln M.2,80.

PHYTIN LIQUIDUM.

Für weniger Bemittelte u. Kassenpatienten.
Rp. PHYTIN liq. 1 Originalglas (zirka 6 Tage reichend) M. 1,20.

FORTOSSAN.

Phytin-Milchzucker-Präparat
für Säuglinge und Kinder unter 2 Jahren.

CHININPHYTIN

vereinigt die spezifische Chininwirkung mit der roborierenden des Phytin. ∴

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz der versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze ^{zu} Trinkkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

Dr. Ernst Sandow's

Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20, 30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarrhal. u. entzündl. Augenerkrankungen, sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow,

Chemische
Fabrik,

Hamburg.

Collargol

Eine konsequent durchgeführte Collargolbehandlung (Klysmen, Injektionen) heilt bei genügender Dosierung viele Fälle schwerster **Allgemeininfektion**. — Vollwertiger, ganz ungefährlicher **Ersatz für Höllenstein** bei allen **infektiösen Erkrankungen des Auges, der Blase und Urethra, des Rachens und Kehlkopfs, der Nase mit Nebenhöhlen.**

Tannismut

Darmadstringens mit rasch eintretender und lange anhaltender Wirkung bei **akuten und chronischen Diarrhöen**. Leicht zu nehmen, billig, gut vertragen. Verbindet **Wismut- und Tanninwirkung**.

Xeroform

Absolut ungiftiges, reizloses, sterilisierbares **Wundstreu-pulver**. Spezifikum bei nässenden Ekzemen, **Ulcus cruris, Brandwunden**.

Salit

Schnell schmerzstillendes und heilendes **Einreibemittel** bei **Rheumatosen**. Salit wird **unverdünnt** von der Haut vertragen.

Gastrosan

Vortreffliche Wirkung bei abnormen **Gärungs- und Fäul-niserscheinungen im Magen-darmkanal** mit ihren Folgezuständen, bei **Hypersekretionsbeschwerden** und bei **Katarrhen der Magen- und Darmschleimhaut**.

Creosotal „Heyden“, Duotal „Heyden“, altbewährte Heilmittel bei allen infektiösen Krankheiten der Luftwege.

Acetylsalicylsäure „Heyden“, in Pulverform und als Tabletten, die im Wasser sehr leicht zerfallen, ausserordentlich billig und von vorzüglicher Qualität.

Proben und Literatur kostenfrei.

(Wir bitten um Angabe der Anzeigen-Nummer: 10G.)

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Dezember

XIX. Jahrgang

1909

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. Ueber **Perge-**

nol, ein festes Wasserstoffsuperoxyd, schreibt Prof. Dr. Edmund Meyer: „Allen Wasserstoffsuperoxydpräparaten haftet der Nachteil geringer Haltbarkeit an. Licht und Staub, ja schon das Alkali des Glases wirken zersetzend auf die Lösung, so dass bei längerem Stehen mit grosser Wahrscheinlichkeit überhaupt kein Wasserstoffsuperoxyd mehr in den Lösungen vorhanden ist. Dazu kommt, dass die meisten Präparate noch freie Schwefelsäure enthalten, die nachteilige Wirkungen herbeizuführen geeignet ist. Alle diese Missstände sind in dem von der Firma: ‚Chemische Werke vormals Dr. Heinrich Byk‘ hergestellten, als P. bezeichneten Präparat vermieden. Das P. ist ein kristallinisches Pulver, das beim Transport sowohl wie bei der Dosierung ausserordentlich haltbar ist. Beim Auflösen in Wasser bildet es sofort Wasserstoffsuperoxyd. Chemisch ist das P. eine Mischung von Natriumperborat und saurem weinsauren Natron in stöchiometrischem Verhältnis, die beim Lösen in Wasser ausser Wasserstoffsuperoxyd Borsäure als Bortartarat liefert. Das P. stellt ein 12%iges Wasserstoffsuperoxyd und 32%ige Borsäure vor. Das P. löst sich gut in kaltem Wasser, besser in lauwarmem und warmem. In der Lösung besitzt es genau dieselben Eigenschaften wie das Wasserstoffsuperoxyd. Ich habe es in allen denjenigen Fällen verwendet, in denen ich früher Liqueur hydrogenii peroxydati benutzt habe. Besonders geeignet erschienen mir die Pergenoltabletten zu 0,5 als Desinfektionsmittel für Mundhöhle und Zähne. In zahl-

reichen Fällen von Stomatitis und auch als Prophylaktikum bei Hg-Kuren hat es mir ausgezeichnete Dienste geleistet. Bei der Behandlung der Nebenhöhleneiterung habe ich gleichfalls die Pergenoltabletten als Desinfektionsmittel mit gutem Erfolge angewendet. In den meisten Fällen bin ich mit 1%igen Wasserstoffsuperoxydlösungen vollständig ausgekommen, beim P. habe ich sogar schwächere Lösungen bis zu 0,5% angewendet, die wohl durch die gleichzeitig vorhandene Borsäure und das Wasserstoffsuperoxyd in statu nascenti dieselbe Wirkung entfalteten wie die stärkeren Lösungen des officinellen liq. hydrogen peroxyd. 4—6 Tabletten P. auf 100 g Wasser genügten im allgemeinen. Auch zur Loslösung von Tampons in der Nase sowohl wie in äusseren Wunden und zur Reinigung der Nase bei starker Borkenbildung hat das P. sich bewährt. Allerdings mussten zu diesem Zweck stärkere Lösungen (1—2%) in Anwendung gezogen werden, so dass vier Tabletten P. auf ca. 1—1½ Esslöffel Wasser gelöst werden mussten. Spritzt man diese Lösung auf einen fest angetrockneten Tampon, so löst er sich unter ziemlich starker Schaumbildung von der darunter liegenden Schleimhaut resp. Wundfläche ab, ohne dass stärkere Blutungen bei Ablösung des Tampons zustande kommen. In drei Fällen von schwerer Epistaxis und in zahlreichen Fällen von endonasalen Eingriffen konnte ich auf diese Weise den festgetrockneten Tampon schon nach 24 Stunden entfernen. Da sich die klinischen Erfahrungen mit den experimentellen Untersuchungen betr. P. in Uebereinstimmung befinden, sind wir berechtigt, das Mittel als ein festes Wasserstoffsuperoxyd zu bezeichnen, das alle desinfizierenden Eigenschaften des flüssigen Medikamentes besitzt, ohne seine Nachteile: leichte Zersetzlichkeit und Schwierigkeit des Transports, aufzuweisen.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 33.)

- Ueber die **desinfizierende Wirkung einiger gebräuchlicher Zahn- und Mundwässer auf pathogene Bakterien** hat Ob.-St.-A. z. D. Dr. R. Bassenge (Berlin) Untersuchungen angestellt. Es handelte sich um Densos, Kothes Zahnwasser, Odol, Kosmodont, Perhydrol, Eau de Botot, Stomatol u. a. Aus den Versuchen ergab sich, dass die Mehrzahl der untersuchten Zahnwässer nur eine sehr geringe antiseptische Wirkung hat, da durch sie — mit Ausnahme von zwei derselben: *Perhydrol* und *Stomatol* — Typhusbazillen auch bei drei Minuten dauernder Einwirkung nicht vernichtet werden. Man kann sich nach diesen Versuchs-

ergebnissen nicht vorstellen, dass durch den Gebrauch derartiger Mundwässer eine wesentliche Verringerung der Mundbakterien eintritt. Eine antiseptische Wirkung kommt ihnen nicht zu; die bisweilen vorhandene, aber schnell vorübergehende desodorisierende Wirkung ist lediglich den im Zahnwasser enthaltenen Zusätzen, aromatischen Substanzen und ätherischen Fetten zu verdanken. Diejenigen Menschenklassen, welche dauernd Zahnwässer gebrauchen, pflegen für gewöhnlich auch eine regelmässige gründliche mechanische Reinigung des Mundes vorzunehmen. Dieser und der regelmässigen Kontrolle der Zähne durch einen Zahnarzt ist denn auch meistens die Konservierung der Zähne zuzuschreiben und nicht dem jahrelang fortgesetzten Gebrauch eines bestimmten Mundwassers von geringer antiseptischer Wirkung. (Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 33.)

- Ein **Operationsnadel-Sterilisationsapparat** wird von Hofrat Dr. Theilhaber (München) angegeben. Bei grösseren Operationen ist es am zweckmässigsten, die Nadeln vor der Operation einzufädeln, sie dann nochmals mit Faden zu kochen und direkt aus dem Gefäss, in dem sie gekocht wurden, zum Nähen zu entnehmen. Dies gestattet der genannte Apparat aufs beste. An seinem oberen Ende befindet sich ein viereckiges Kästchen, in dem die Nadeln so aufbewahrt sind, dass eine Ortsveränderung nicht möglich ist. Von da laufen die Fäden zwischen den Zähnen zweier Kämme, die es verhindern, dass sie sich verwirren. Zwischen dem oberen und unteren Kamm verläuft eine Metallplatte als Fortsetzung des Bodens des zur Aufnahme der Nadeln dienenden Kästchens. Das Herausschlüpfen der Fäden während des Kochens wird durch kleine Klappen an den Kämmeu verhütet. In dem Kästchen können 30 Nadeln Platz finden. Will man die sterilen Nadeln nach auswärts mitnehmen, so kocht man sie in dem Kästchen, das man nach Wegschütten des Wassers bequem in die Rocktasche stecken kann. Der Apparat ist aus Nickelin. Hersteller: Fr. Haaga in Stuttgart-Cannstatt. Preis: 18 Mk. mit zugehörigem Lederfutteral Mk. 21,20.

(Ärztliche Polytechnik 1909 Nr. 8.)

- Ueber die **keimtötende Wirkung des Bügels** veröffentlicht Dr. Karl Svehla Versuche im „Archiv für Hygiene“. Die Hitzegrade, die bei Bügeleisen, je nachdem Glüheisen, Holzkohlen, Gas oder Spiritus verwendet wird, liegen zwischen 200 und 400°. Svehla hat nun verschiedene

7*

Stoffe mit verschiedenartigen Bakterien behaftet und die Stoffe dann in feuchtem Zustande gebügelt. Dünne Stoffe, wie Zephir, Taschentücher, wurden durch einmaliges Ueberfahren mit dem geheizten Bügeleisen keimfrei gemacht. Mit der Tiefe nimmt die keimtötende Wirkung des Bügelns ab, deshalb müssen etwas stärkere Stoffe auf beiden Seiten gebügelt werden. Das Innere von dickeren Stoffen kann durch Bügeln überhaupt nicht keimfrei gemacht werden. Praktisch ist dieser Uebelstand nicht von grosser Bedeutung, denn es darf vorausgesetzt werden, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen, unter denen es von Nutzen ist, sich der keimtötenden Wirkung des Bügelns zu bedienen, die Keime, die wir töten wollen, an der Aussenseite des Stoffes sitzen. Svehla hält danach das Bügeln für ein leichtes und gutes Sterilisationsverfahren, das durch seine leichte Ausführbarkeit und Verlässlichkeit bei der Verhütung der ansteckenden Krankheiten vorzügliche Dienste leisten kann. Der Arzt kann bei der Behandlung ansteckender Krankheiten wenigstens dadurch einen gewissen Schutz gegen die Weiterverbreitung der Keime erreichen, dass er vor Betreten des Krankenzimmers einen Leinwandmantel anzieht, der von den Angehörigen des Kranken nach jedem ärztlichen Besuch in feuchtem Zustande gebügelt und für den nächsten Besuch bereitgehalten wird.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 41.)

Augenentzündungen. Mergal in der Augenheilkunde

hat sich in der Klinik von Prof. Wicherkiewicz (Krakau) bewährt. Das Mittel wurde 31 Pat. mit Iritis sympathica, Ulcus corneae, Conjunctivitis trachomatosa, Keratitis, Erosio corneae, Iritis plastica, Iridocyclitis, Ulcera corneae scrophulosa, Dacryocystoblennorrhoe, Gumma retinae, Neuritis optica usw. in Dosen von 2—3 Kapseln steigend bis 10 und mehr pro die gegeben. 22mal fand eine günstige Beeinflussung statt. Nebenerscheinungen waren selten, auch wenn M. längere Zeit hindurch, bis zu 12 Wochen, verabfolgt wurde. M. kann eine Inunktions- und Injektionskur vollständig ersetzen. Auch Prof. Wicherkiewicz lobt das Mittel, das er in der Privatpraxis, auch bei Kindern, vielfach beiluetischen und anderen A. (Glaskörpertrübungen, Hornhautentzündung skrofulöser Provenienz, Neuritis optica usw.) angewandt hat. Kinder erhielten 2—3 Mergalperlen täglich nach der Mahlzeit. Die Kranken vertrugen das Mittel sehr gut. In manchen Fällen

war die Wirkung eklatant, in anderen nicht. Wenn man nach einer Woche keinen Fortschritt sieht, ist die Behandlung aufzugeben, sonst 4—6 Wochen fortzusetzen.

(Wiener med. Wochenschr. 1909 Nr. 19.)

- Ueber die **Behandlung des Ulcus serpens mit Pyocyanase** schreibt Dr. C. Arens (Würzburg): „Eine Mitteilung von Dr. Heilborn, Breslau, über die Behandlung eines Ulcus serpens mit Erfolg mit Pyocyanase-Lingner-Dresden, veranlasste mich, Mitte April mir zur Erprobung der Heilkraft dieses Mittels einige Fläschchen kommen zu lassen. Die Erfolge, die mit Pyocyanase erzielt worden sind, waren geradezu erstaunlich, so dass ich mich verpflichtet fühle, im Interesse solcher Erkrankten diese Behandlung aufs angelegentlichste zu empfehlen. Seit Mitte April bis Ende August sind in meiner Klinik 17 Ulcera — Hypopyon-Keratitis —, zumeist auch mit Beteiligung der Iris, ausschliesslich mit Pyocyanase — natürlich neben der üblichen Atropin- und Wärmetherapie — erfolgreich behandelt worden. Seit dieser Zeit habe ich keinen Thermokauter mehr benötigt und damit auch das Entstehen der hässlichen unaufhebbaren Narben vermieden. Nur ein Fall (der 18.), auf den ich noch zurückkommen werde, endete mit einer Panophthalmie. Der durchschnittliche klinische Aufenthalt betrug ca. 4—10 Tage; das erkrankte Auge wurde geschlossen gehalten, um ein zu schnelles Abschwemmen der Pyocyanase zu verhindern, und von dem Mittel alle $\frac{1}{2}$ Stunde — nicht nachts — eingeträufelt; dadurch erreicht man eine dauernde Einwirkung auf den erkrankten Herd. Nebenbei Atropin und Wärme, sonst nichts. Bei den frischen Geschwüren war der Erfolg oft schon nach 24 Stunden ein ganz auffälliger, bestehend in einer glatten Reinigung des Geschwürsgrundes und Abnahme des Hypopyons; aber auch ältere, die sicher früher sofort dem Thermokauter verfallen gewesen wären, zeigten nach 4—5tägiger Einträufelung die wunderbare Heilwirkung der Pyocyanase.“

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 7. Oktober 1909.)

Blutungen. Kälteapplikation auf den Nacken bei Nasen-

blutungen, ein altes Hausmittel, ist in letzter Zeit auch ärztlich gewürdigt und empfohlen worden. Jetzt hat auch Prof. Dr. Jurasz (Lemberg) in einem Falle, wo schwere, sich immer wiederholende Epistaxis vorlag, sich von dem prompten Effekt dieser Massregel überzeugen können.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 35.)

- Ueber **Alsolgaze** schreiben A. Hanau u. R. Pinner (Prof. v. Bardelebens Poliklinik für Frauenkrankheiten in Berlin): „Was nun die Alsolgaze betrifft, so sind die Erwartungen, die wir hegten, nicht nur durchaus bestätigt, sondern sogar bei weitem übertroffen worden. Wir haben in einer grossen Anzahl von Fällen die geradezu profusen Bl. durch Tamponade mit Alsolgaze zum Stillstand bringen können und in Fällen von Abortus imminens den Muttermund am nächsten Tage bei Herausnahme der Tamponade wieder geschlossen gesehen. Wenn wir aus irgend einem Grunde gezwungen waren, einen Abort in der Poliklinik auszuräumen, so verfehlten wir es nie, die Uterustamponade mit Alsolgaze zu machen, wodurch wir nicht nur stets eine Atonia uteri vermieden, sondern auch die septischen Prozesse nach Möglichkeit beschränken konnten. Es dürfte nicht allgemein bekannt sein, dass die so sehr geschätzte Jodoformgaze sich in Wahrheit nicht sterilisieren lässt, da das Jodoform sich bei grösserer Hitze zersetzt und nicht mehr in dem ihm spezifischen Sinne wirkt. Das praktisch wichtige Moment der Tamponade mit sogenannter sterilisierter Jodoformgaze beruht eben einzig und allein auf der Tamponade selbst, zu der wir nunmehr natürlich lieber die Alsolgaze verwandten, die eine so wunderschöne adstringierende und antiseptische Wirkung hat, sich zudem auch in durchaus genügender Weise sterilisieren lässt, ohne ihre Wirksamkeit einzubüssen. Unsere Versuche machten wir in der Weise, dass die mit 5—10%iger Alsollösung reichlich getränkten Binden bis zu einer vollen Stunde sterilisiert wurden, wobei wir feststellen konnten, dass im Gegensatze zu früheren Anschauungen sich das Alsol höher als bis zu 60° erhitzen lässt, ohne seine Wirksamkeit zu verlieren. Bei Menorrhagien, wo interne Mittel erfolglos blieben, haben wir durch 2—3malige Tamponaden die B. vollkommen gestillt, nach Abortausräumungen und Curettagen wurden recht gute Erfolge mit der Alsolgazetamponade erzielt, so dass wir dieselbe für die geburtshilfliche Praxis als brauchbares therapeutisches Hilfsmittel empfehlen können. Dass von der Alsolgaze Gutes auch zur Verhütung von Hämatomen und Eiterungen nach chirurgischen Eingriffen zu erwarten ist, darf bei der spezifischen Wirksamkeit der essigsauren Tonerde nicht wunder nehmen, wie die Gaze überhaupt gerade auch in der speziellen Chirurgie bald eine weitere Verwendung finden sollte.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 37.)

- **Akute Nierenblutung nach schwerem Heben nicht als Unfallfolge anerkannt.** Darüber schreibt Dr. R. Schönfeld, Schöneberg: „Im folgenden will ich über einen Fall berichten, der nicht nur deshalb sehr beachtenswert ist, weil solche Fälle nur sehr selten beobachtet werden, sondern der auch durch die verschiedenartige Erklärung der gehörten Sachverständigen der Veröffentlichung mir wert erscheint. Am 22. August 1907 war der 42 Jahre alte Wiegemeister H. damit beschäftigt, Getreide abzuwiegen; er hatte dabei die 1½ Zentner schweren Säcke auf die Dezimalwage auf- resp. von dieser wieder abzusetzen. Bei diesem Heben der Säcke will H., wie er später angegeben hat, plötzlich einen Ruck bekommen haben, und am anderen Tage soll sein Urin mit Blut vermischt gewesen sein. Am 27. August erschien H. in der Sprechstunde des Dr. M. und klagte, dass er seit dem 23. August Blut aus der Harnröhre beim Urinlassen entleere, und dass er häufig Drang zum Urinieren verspüre. Bei dem Heben der schweren Säcke habe er am 22. August einen Schmerz in der linken Nierengegend verspürt. Die Untersuchung ergab, dass H. ein Mann von mittlerer Körpergrösse, mittelmässigem Ernährungszustand und schwach entwickelter Muskulatur war. Die Gesichtsfarbe war auffallend blass, die Haut des Körpers wenig elastisch. An der Ausflussöffnung der Harnröhre waren Spuren von Blut zu bemerken, auch im Hemde waren blutige Flecken nachweisbar. Urin konnte von H. nicht entleert werden, da dies kurz vorher geschehen war. Der Herz- und Lungenbefund war ein normaler, die linke Nierengegend war nicht besonders schmerzhaft, ebenso die Blasengegend nicht. Da sich der Zustand des H. trotz der verordneten Mittel nicht besserte, wurde derselbe in die Klinik zu B. geschickt, wo derselbe vom 14. September bis 5. Oktober verblieb. Bei der Aufnahme in die Klinik gab H. an, dass sein Urin seit dem 22. August andauernd stark blutig gefärbt sei, am 24. August seien geringe Beschwerden beim Wasserlassen aufgetreten, seit dem 10. September habe er stechende Schmerzen im Rücken oberhalb der linken Darmbeinschaufel, dieselben verstärkten sich zeitweise, besonders beim Stehen und tiefen Luftholen, in der Ruhelage würden sie geringer, ja verschwänden zeitweise sogar ganz. H. war stark ausgeblutet, im Urin befand sich sehr viel Blut, Eiweiss, dem Blutgehalt entsprechend, hyaline Zylinder und vereinzelte Blutzyylinder. Die Zystoskopie zeigte, dass das Blut ausschliesslich aus

dem linken Harnleiter kam. Am 19. September wurde die linke Niere entfernt, die Untersuchung derselben zeigte keine sichtbaren Veränderungen, auch die mikroskopische Untersuchung liess eine solche nicht erkennen. Nach der Operation hörte die Blutung auf, die Urinausscheidung durch die andere Niere war vollkommen genügend und normal. Am 5. Oktober wurde H. aus der Klinik entlassen und wurde zu Hause, da er noch sehr schwach war und die Operationswunde noch nicht ganz verheilt war, von Dr. M. weiter behandelt. Trotzdem die Wunde nach drei Wochen vollständig vernarbt war, klagte H. noch über ziehende und klopfende Schmerzen im Leibe und in der linken Rückenseite. Auch in der Klinik, in der sich H. nochmals am 2. September vorstellte, klagte er über Schmerzen, die von dem Operationsgebiete bis zur vorderen Bauchwand ausstrahlten. Beim Gehen hinkte H. etwas, eine Ursache hierfür liess sich nicht feststellen. Was nun die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem angeblich erlittenen Unfall und der Entstehung der Nierenblutung betrifft, so war Dr. M. der Ansicht, dass, falls es sich um eine Zerreissung oder Quetschung der Niere infolge des schweren Hebens gehandelt habe, ein solcher Zusammenhang wohl anzunehmen sei. Dr. A., der Arzt der Klinik, kam dagegen zu folgendem Schluss: Es handelt sich bei H. um einen jener ziemlich seltenen Fälle von Nierenblutung, wo sich keinerlei sichtbare Veränderungen an der Niere selbst finden. Die heutige Wissenschaft erklärt die B. durch eine eigenartige Entzündung des Organes, die gewisse Teile des Organes für Blut durchgängig macht. Dass durch einen Unfall derartige Zustände hervorgerufen werden, ist nicht bekannt und somit auch bei H. ein Zusammenhang mit einem solchen nicht anzunehmen. Da auf Grund dieser Gutachten die Berufsgenossenschaft die Gewährung einer Unfallrente ablehnte, weil ein bestimmtes Unfallereignis nicht nachgewiesen sei und auch kein ursächlicher Zusammenhang des Nierenleidens mit einem Betriebsunfall bestehe, so wurde, da H. gegen diesen Bescheid der Berufsgenossenschaft Berufung einlegte, vom Schiedsgericht ein Obergutachten von Professor J. eingeholt. Dieser Gutachter, der als Autorität für die Beurteilung der Nierenkrankheiten gilt, führt in seinem Gutachten folgendes aus: Die Frage, ob ein Trauma, wie H. es erlitten haben wolle, eine Nierenblutung ohne nachweisbare anatomische Schädigung der Niere hervorrufen könne, müsse bejaht

werden, da eine solche Blutung bisweilen schon nach viel geringeren Anlässen, z. B. Springen, Radfahren, Fall auf ebener Erde usw., aufträten. Welche Veränderungen im Nierengewebe, oder an den Blutgefäßen vorhanden seien, welche solche oft profusen und langdauernden B. veranlassten, sei noch nicht bekannt, in einigen Fällen sei eine Lageveränderung der Niere, eine Nierensenkung, nachgewiesen. Das schwere Heben könne in zweierlei Art auf die Niere eingewirkt haben, entweder könne durch die starke Zusammenziehung der Bauch- und Rückenmuskulatur der Raum, in dem die Niere liegt, stark verengt und hiermit ein starker Druck auf die Niere ausgeübt sein, oder durch die Verengerung des für die Niere bestimmten Raumes könne die Niere aus ihrer Lage verdrängt und nach abwärts ausgewichen sein. Sowohl die Quetschung der Niere, als auch die traumatische Nierensenkung könnten Nierenblutungen hervorrufen, ohne dass gröbere Veränderungen an den Nieren selbst nachweisbar wären. Auch die Frage, ob irgendeine Tatsache vorhanden sei, welche einen Zusammenhang zwischen dem Heben der schweren Last und der Blutung beweise oder wahrscheinlich mache, müsse bejaht werden. Nach der Bekundung des Dr. M. habe H. am 27. August erklärt, dass er beim Heben eines Sackes einen Schmerz in der linken Nierengegend verspürt habe. Diese Angabe des H. müsse für wahr gehalten werden, da tatsächlich, wie später festgestellt wurde, die Blutung eben dieser linken Niere entstammte und ohne den empfundenen Schmerz H. gar nicht wissen konnte, dass die Blutung aus der linken Niere kam. Wenn jemand aber nach dem Heben einer schweren Last Schmerzen in der linken Niere bekomme mit darauffolgender Blutung aus derselben Niere, so sei man zu dem Schluss gezwungen, dass das Heben der Last in demselben ursächlichen Verhältnisse zu der Blutung, wie zu dem während des Hebens empfundenen Schmerze stehe. Die Tatsache, dass keine pathologischen Veränderungen in der Niere gefunden seien, sei ein Beweis für die Richtigkeit seiner (Prof. J.) Auffassung; denn hätten sich Erkrankungsprozesse (Steine, Tuberkeln, Entzündungsherde) in der Niere gefunden, dann würde das Trauma nicht als ursächliches, sondern höchstens als akzidentelles Moment für die Entstehung der Blutung in Frage kommen. Da aber erstens keine präexistierenden Veränderungen in der Niere gefunden wurden, zweitens beim Heben der Last in der betreffenden Nierengegend ein Schmerz empfunden

wurde, und drittens B. aus Nieren ohne nachweisbare gröbere Veränderungen vorkommen, so sei mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass in diesem Falle die Nierenblutung durch das Trauma verursacht sei. Eine Angabe darüber, ob sich die Niere an normaler Stelle befunden habe, sei in dem Gutachten des Dr. A. nicht vorhanden, auf die Möglichkeit einer Dislokation der Niere weise allerdings die Angabe des Dr. A. hin, dass H. Schmerzen oberhalb der linken Darmbeinschaufel hatte, die besonders beim Stehen und tiefen Atmen auftraten, beim Liegen aber geringer wurden und ganz verschwanden; gerade dieses finde man oft bei Nierensenkung, und besonders spreche der Schmerz beim tiefen Atmen für eine traumatische Entstehung. Wie schon oben angeführt, könne das Heben der schweren Last zu einer Verlagerung der Niere geführt haben, und diese Verlagerung, selbst wenn sie nur geringfügig gewesen sei, könne die Blutung verursacht haben. Der Umstand, dass die Blutung erst ein oder zwei Tage nach dem Heben bemerkt sei, spreche nicht gegen den ursächlichen Zusammenhang, denn die Blutung könne ja anfangs nur eine geringe gewesen sein und erst später sich gesteigert haben, und geringe Blutbeimengungen zum Urin würden bekanntlich oft nicht wahrgenommen. Aus allen diesen Erwägungen sei der Schluss zu ziehen, dass die Nierenblutung mit grösster Wahrscheinlichkeit für eine Folge des Hebens der Last zu halten sei. Dieses Gutachten des Prof. J. wurde auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft vom Schiedsgericht dem Geh. Medizinalrat Prof. B. und Prof. Sch., die H. operiert hatten, zur Kenntnissnahme zugesandt und H. aufgefordert, sich nochmals in der Klinik zur Untersuchung vorzustellen. Diese beiden Sachverständigen schlossen sich der Anschauung des Professors J. nicht an, sondern halten einen Zusammenhang zwischen dem Heben und der Nierenblutung nicht für vorliegend. Zur Begründung ihrer Ansicht führen sie aus, dass H. bei seinem Aufenthalt in der Klinik von einer Berufsverletzung nichts erwähnt habe, die vermeintliche Ursache für sein Leiden und seine Entschädigungsansprüche habe H. erst später angegeben. Sodann sei schon in dem von Dr. A. ausgestellten Gutachten erwähnt worden, dass sich hyaline Zylinder im Urin vor der Operation befunden hätten, auch die jetzige erneute Untersuchung habe vereinzelte hyaline Zylinder und Spuren von Eiweiss in dem von der noch erhaltenen Niere sezernierten Urin festgestellt. Es handele sich hier —

ähnliche Fälle seien schon mehrfach in der Literatur beschrieben — um einen Fall von jenen seltenen, noch nicht völlig erklärten, starken und plötzlichen B. aus einer nur wenig erkrankten Niere, um einen jener Fälle, wo gelegentlich auch gar keine Veränderung an der exstirpierten Niere gefunden würde, und die durch die vermehrte Durchlässigkeit der feinsten Endapparate der Niere für Blut vorläufig erklärt werden müssten. Um eine traumatische Nierenblutung könne es sich nicht gehandelt haben; da an der betreffenden Niere weder Blutaustritte ins Gewebe, noch in die Umgebung der Niere festgestellt seien, auch Einrisse, Knickungen oder dergleichen seien nicht gefunden, weder an der Niere selbst, noch im Gebiete des Gefässstieles der Niere. Eine Verlagerung der Niere habe nicht bestanden. Wenn Prof. J. die Schmerzen, die nach H.s Angabe oberhalb der linken Beckenschaufel und beim Stehen und tiefen Luftholen vor der Operation bestanden haben sollen, als einen Beweis für eine eingetretene Lockerung der Niere ansähe, so sei dieser Ansicht nicht beizutreten, denn die gleichen Schmerzen beständen auch jetzt noch nach Entfernung der Niere. Ob überhaupt in der Beschäftigung, durch die die Nierenblutung verursacht sein solle, ein Trauma zu erblicken sei, sei sehr fraglich. Zurzeit sei ausser den vereinzelt hyalinen Zylindern und Spuren von Eiweiss nichts Pathologisches im Urin zu finden, Blut sei in ihm nicht vorhanden. Die Narbe sei gut verheilt, Zeichen eines Narbenbruches seien nicht vorhanden; schwer zu erklären sei die von dem Kranken noch immer behauptete hochgradige Beschränkung der Arbeitsfähigkeit und die heftigsten Schmerzen im Rücken und in der ganzen Operationsgegend. Objektiv sei nichts zu finden als etwas Steifigkeit der Lendenwirbelsäule beim Bücken, diese sei aber durch die längere Arbeitsentwöhnung zu erklären; ausserdem bestände aber bei H. zurzeit eine Neurasthenie, als Symptome hierfür habe das starke Zittern der unteren Körperhälfte, die allgemeine Unruhe, die Blässe und der schnelle kleine Puls zu gelten, in Ruhe verschwänden diese Symptome wieder. In diesem nervösen Allgemeinzustand sei zurzeit wohl die Ursache der Arbeitsunfähigkeit zu erblicken. Ein ursächlicher Zusammenhang der Nierenblutung mit der nachträglich angegebenen Ueberarbeitung sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Auf Grund dieser Gutachten wies das Schiedsgericht die Berufung des H. gegen den ablehnenden Bescheid der Berufs-

genossenschaft zurück, und zwar mit der Begründung, dass die Annahme des Prof. J., dass eine Verlagerung der Niere infolge des Hebens der Säcke stattgefunden habe und hierdurch die Blutung verursacht sei, durch das Gutachten der Aerzte aus der Klinik widerlegt sei, und dass man daher der Ansicht des Geheimen Medizinalrats Professor B. und Professor Sch. folgen müsse, welche zu dem Ergebnis gekommen seien, dass das Leiden des H. mit einer echten traumatischen Nierenblutung nichts zu tun habe. Auch der jetzt bestehende nervöse Zustand des H. könne nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der am 22. August 1907 ausgeübten Berufstätigkeit stehen, denn das Heben der Säcke, das H. ja häufig in seinem Berufe auszuüben hatte, könne unmöglich die nervösen Erscheinungen gezeitigt haben, es sei vielmehr anzunehmen, dass diese Krankheitserscheinungen erst durch die Operation hervorgerufen seien. Diese Entscheidung des Schiedsgerichts, gegen die H. Rekurs erhoben hatte, wurde vom Reichsversicherungsamt bestätigt.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1909 Nr. 19.)

Bronchiektasien. Die Behandlung der B. bespricht Prof.

G. Hoppe-Seyler (Kiel) in einem „Klinischen Vortrag“. Er sagt: „Unter den Erkrankungen der Respirationsorgane stellen die Erweiterungen der Luftröhren, die B., bei ihrer Behandlung besonders grosse Anforderungen an das ärztliche Können und trotzen oft hartnäckig allen Bemühungen. Da sie als Infektionsherde jederzeit den übrigen Körper, besonders die Lungen, mit heftigen Entzündungen bedrohen, den Ablauf anderer Erkrankungen des Atmungsapparates ungünstig beeinflussen und bei grösserer Ausdehnung die Atmung beeinträchtigen, so ist es schon sehr wichtig, ihre Entstehung zu verhüten. Daher muss man bei Bronchitiden Sorge tragen, dass sie sich nicht festsetzen, besonders dass keine Stagnation des Sekretes stattfindet. Diese kommt namentlich zustande, wenn die Expektoration infolge mangelnden Hustenreizes und zu geringer Expirationskraft nicht ausgiebig genug erfolgt. So tritt bei Greisen dies leicht wegen der Herabsetzung der Sensibilität der Bronchialschleimhaut, wegen der Starre des Thorax, der mangelnden Elastizität der Lungen und der Schwäche der Atmungsmuskulatur ein. Man muss daher ausgiebigen Gebrauch von Expektorantien wie Senega, Liquor ammon. anis. Benzoë usw. machen, da sie den Hustenreiz anregen, die Kranken häufig die Lage wechseln lassen, namentlich auch bei Sitz im

Unterlappen sie sich flach oder mit erhöhtem Unterkörper hinlegen lassen, damit das Bronchialsekret leicht herausläuft. Pneumonien, deren Resolution sich verzögert, müssen ebenfalls mit Atmungsgymnastik, Lagerung auf der gesunden Seite usw. behandelt werden, um die Verdichtung des Lungengewebes und damit dessen Starre zu beseitigen, welche die Entleerung des Bronchialsekretes behindern. Auch Verklebungen und Verwachsungen der Pleurablätter, namentlich wenn stärkere Schwartenbildung sich mit Bindegewebswucherungen und Schrumpfungen innerhalb der Lunge vergesellschaftet, werden leicht B. hervorrufen. Frühzeitige Entleerung pleuritischer Ergüsse, Atemübungen usw. werden dem vorbeugen. Da länger dauernde eitrig-infektiöse Bronchitis die Schleimhaut allmählich zerstört, die Elastizität der Wandung herabsetzt, so wird die Bekämpfung der Infektionserreger durch Terpentin- und Kreosotpräparate usw. ebenfalls vorbeugend wirken. Endlich spielt die Beseitigung von Fremdkörpern, die die Bronchien verlegen, oder von anderen sie verengenden Momenten eine wichtige Rolle bei der Prophylaxe. Zirkumskripte Entzündungen in der Lunge, Neoplasmen usw. können dabei in Betracht kommen, indem hinter der Stenose das Sekret sich anhäuft und immer stärker den Bronchialbaum ausdehnt. Die beiden Arten der B., die zylindrische und die sackförmige, unterscheiden sich in einigen Beziehungen in bezug auf ihre Behandlung. Bei der zylindrischen handelt es sich meist um einen ganz diffus über einen grösseren Teil der Lungen, besonders über die hinteren, unteren Partien derselben verbreiteten Katarrh, welcher chronisch geworden und meist mit Emphysem vergesellschaftet ist. Ihre Behandlung fällt daher auch mit der einer chronischen Bronchitis im wesentlichen zusammen. Handelt es sich um akute Nachschübe, so kann man mit Nutzen Expektorantien geben wie Senega, Liquor ammon. anis. usw., am besten kombiniert (Infus. rad. Seneg. 10,0:180,0, Liquor ammon. anis., 5,0, 2 bis 3 stündlich 1 Esslöffel). Sind zugleich stärkere Schwellungszustände der Bronchialschleimhaut, Produktion zähen Schleims, der die Entleerung hindert, vorhanden, so sind die mehr lösenden Medikamente wie Ipecacuanha als Infus zu 0,6 bis 0,8:180,0 Apomorphin. hydrochloric. (in Lösung zu 0,05:180,0) oder Mixtura solvens angebracht. Lange fortsetzen wird man diese Medikation nicht, da sie dann nur den Appetit verdirbt, ohne Nutzen zu schaffen. Eher kann man Jodkalium längere Zeit hindurch nehmen lassen (Kalii jodat. 3,0—5,0,

Ammon. hydrochloric. 5,0, Extr. Liquir. 10,0, Aquae dest. ad 200,0, mehrmals täglich 1 Esslöffel). Inhalation der Balsamica, innerliche Darreichung von Terpentin usw. kann dies unterstützen. Namentlich wird noch Abhärtung, gute Ventilation der Lungen durch ausgiebige Bewegung im Freien, Fernhalten von Staub und Qualm, Vermeiden von übermässigem Alkohol-, besonders auch Biergenuss, Masshalten im Essen, wenn Neigung zu Korpulenz besteht, und im Rauchen von Wichtigkeit sein. Atmungsgymnastik mit Kompression der unteren Thoraxpartien wird die Entleerung befördern. Sie kann vom Kranken selbst ausgeführt werden, indem er die Hände in die Brustseiten stützt und nun etwa noch Kniebeugen macht, wobei durch Hinaufdrängen des Zwerchfells ein Druck auf die unteren Lungenteile ausgeübt wird. Die Schräglage nach Quincke, wie sie unten näher geschildert werden wird, kann ebenfalls günstig wirken. Ferner ist die Kompression der unteren Thoraxapertur durch den Rossbach-Zoberbierschen Atmungsstuhl, namentlich bei stärkerem Emphysem, angebracht. Ein Ortswechsel wird oft nötig sein, wenn das Klima am Wohnort feucht und windig ist. Mit Ausnahme der Fälle, bei denen ein trockener diffuser Katarrh zugleich besteht und mehr ein gleichmässig temperiertes feuchtes Seeklima erfordert, ist im allgemeinen ein trockener, windgeschützter Ort vorzuziehen. So kann ein Aufenthalt im Mittelgebirge schon gut tun, namentlich ein solcher im Hochgebirge im Winter, bei empfindlichen, älteren Leuten ein solcher am Südabhang der Alpen: Meran, Bozen, italienische Seen, an der Riviera di ponente (San Remo, Mentone, Nizza, Cannes), auch wohl in der Wüste (Biskra in Algerien, Heluan, Assuan in Aegypten). Trink- und Inhalationskuren in salinischen, alkalisch-salinischen und Schwefelbädern (Ems, Reichenhall, Wiesbaden, Baden-Baden, Heustrich, Stachelberg, Lenk, Weilbach, Weissenburg usw.) sind zweckmässig, besonders da die betreffenden Orte zugleich günstige klimatische Verhältnisse aufweisen. Bei den sackförmigen B. muss besonders Bedacht genommen werden auf eine gründliche Entleerung des Sekrets. Die eitrigen Massen, welche sich in ihnen befinden, enthalten ja reichlich Bakterien, die einerseits eine Zersetzung des Inhalts herbeiführen und so zur Bildung reizender Fettsäuren usw. Veranlassung geben können, anderseits eine Infektion und Zerstörung der Wandung und so ein Fortschreiten des Prozesses auf die angrenzenden Lungenteile zur Folge haben können, wenn sie lange stagnieren. Es

besteht ferner die Gefahr, dass die eitrigen Massen in andere Bronchialgebiete aspiriert werden und dort zu Entzündungen und Vereiterungen der Lunge führen. Die Entleerung findet nun bei Hohlräumen, die im Oberlappen ihren Sitz haben, im Stehen und Sitzen leicht statt. Es tritt oft ein dauernder Hustenreiz auf, weil immer wieder Sekret aus ihnen herabläuft und die Bronchial-Trachealschleimhaut reizt. Die B. des Unterlappens aber, und diese sind ja die häufigeren, werden in aufrechter Körperstellung schlecht entleert. Besser tritt dies bei liegender Haltung ein, und am besten gestaltet es sich bei Tieflagerung des Oberkörpers. So pflegt bei ihnen die Schräg- oder Hängelage, wie sie Quincke angegeben hat, von sehr gutem Erfolge begleitet zu sein. Zu diesem Zweck wird der Kranke im Bett möglichst flach gelegt und, nachdem er sich gewöhnt hat, diese Lage einige Zeit inne zu halten, wird das Fussende des Bettes durch untergeschobene Holzklötze, Backsteine oder einen Stuhl höher gestellt, so dass der Oberkörper tief liegt. Das Sekret der unteren Lungenteile läuft nun, ohne dass die Expirationsmuskulatur, der Husten usw. nachzuhelfen braucht, in die grösseren Bronchien und in die Trachea und wird ohne Anstrengung expektoriert. So kann man schon nach einigen Wiederholungen der Schräglage eine wesentliche Abnahme der Sekretion nachweisen. Besonders bei den mehr akut im Anschluss an Bronchitis, Bronchopneumonien usw. auftretenden B., wie sie v. Criegern näher geschildert hat, tritt oft eine rasche Besserung des Zustandes nach Entleerung grosser Mengen von Eiter ein. Es ist allerdings in manchen Fällen nicht leicht, die Kranken dazu zu bringen, in dieser Lage einige Zeit auszuharren. Sie fürchten, ersticken zu müssen; manchmal ist ihnen der Blutandrang zum Kopf zu lästig. Um die Entleerung der Sputa tunlichst zu erleichtern, lässt man den Kranken den Kopf seitwärts legen und hält ihm ein Eiterbecken oder dgl. vor. Morgens und event. auch abends sollten die Kranken eine Stunde lang diese Lage einnehmen. Manchmal ertragen sie sie noch viel länger. Da die B. vielfach ihres Ephithels und der oberflächlichen Schleimhautschichten beraubt sind, ist die Sensibilität oft herabgesetzt, und der Hustenreiz erfolgt daher erst, wenn das Sekret die noch intakte Schleimhaut der Luftröhren erreicht. Daher wird, wenn nicht durch entsprechende Körperstellung der Abfluss erleichtert wird, vielfach eine langdauernde Ansammlung von Sekret und so immer stärkere Ausdehnung der Höhle stattfinden. In

solchen Fällen, wo der zuführende Bronchus so liegt, dass er bei Seitenlage den tiefsten Punkt der Höhle einnimmt, wird' auch die entsprechende Lagerung auf der Seite erfolgreich sein. Um zu eruieren, welche Lage die beste ist, muss man den Kranken oft verschiedene Stellungen einnehmen lassen. Diejenige, bei der der stärkste Hustenreiz und die ausgiebigste Entleerung erfolgt, wird als die richtige anzusehen sein. Unterstützt kann die Entleerung noch werden durch Kompression der betreffenden Thoraxpartie, also indem der Kranke selbst die Hände auf diese Stelle legt und sie einzudrücken sucht, ein Kissen unter sie geschoben wird oder ein anderer einen Druck auf sie bei der Expiration ausübt. Das Atmen am Rossbachschen Atmungsstuhl, die Kompression durch die von Strümpell angegebenen Bretter, durch ein Schreibersches Korsett kann dabei auch nützlich sein. Atemübungen an Zander-Apparaten wirken auch oft gut. Sind die Kranken nicht zu schwach, so wird mässige Bewegung im Freien und etwas Steigen infolge der ausgiebigeren Tätigkeit der Atmung ihnen gut tun und die Entleerung befördern. Wird durch diese mechanische Behandlung der Stagnation des Sekrets und damit der Zersetzung des Höhleninhalts und der Weiterverbreitung der Infektion und Entzündung auf andere Teile vorgebeugt, so ist es ausserdem noch zweckmässig, Medikamente zu geben, welche antibakteriell wirken. Dazu gehören namentlich Terpentinpräparate und die Balsamica. Das Terpentinöl kann sowohl innerlich, mehrmals täglich etwa zehn Tropfen in Milch nach dem Essen oder in Kapseln, gegeben als auch durch Inhalation in die Bronchien eingeführt werden. Während zerstäubte Salzlösungen nicht soweit in die Verzweigungen der Bronchien eindringen, um bei B. eine direkte Wirkung entfalten zu können, werden die flüchtigen aromatischen Stoffe wie Terpentinöl, Latschenöl, Eukalyptusöl usw. verdampft sich der Luft leicht beimischen und mit ihr bis in die Kavernen vordringen. Man kann sie mit Atmungsmasken (nach Curschmann), in den Naseninspiratoren nach Feldbausch, mit Hilfe der Terpentinpfeife usw. einatmen lassen, indem mit der Substanz Watte oder Löschpapier getränkt wird oder die Luft die Flüssigkeit bei der Einatmung passiert. Am besten wird Terpentin- oder Latschenöl mit Wasserdämpfen zusammen inhaliert mit Hilfe der Schreiberschen oder Sängerschen Apparate, auch wohl in der Weise, dass einige Tropfen in den Dampfkessel eines gewöhnlichen

Dampfinhalationsapparats gebracht werden, während die Vorlage mit Salzwasser oder Emserwasser gefüllt wird. Dies eignet sich besonders, wenn ein Katarrh, wie so häufig, in den oberen Teilen der Atmungswege besteht, zur Linderung des Reizzustandes und besseren Lösung des Schleims. Innerlich kann man statt Terpentimöl auch Toluol, Perubalsam, Kreosot, Guajakol in Kapseln oder andere Kresolpräparate, Thiokol usw. nehmen lassen. Man muss dabei darauf achten, dass der Magen nicht leidet, und namentlich feststellen, ob eine Nierenentzündung besteht, bei Albuminurie jedenfalls aussetzen. Wie bei anderen länger dauernden Eiterungen, besteht immer die Gefahr einer Pyämie mit Bildung metastatischer Abszesse, so namentlich im Gehirn. Es würde zu weit führen, hier auf die Behandlung dieser Komplikationen, etwa dazutretender chronischer parenchymatöser Nephritis, Endocarditis, Polyarthritiden einzugehen. Treten Entzündungen in den umgebenden Lungenpartien durch einfache Fortpflanzung per continuitatem oder auch in anderen Lappen infolge Aspiration des eitrigen Sekretes ein, entstehen daraus Abszedierungen, an die sich wiederum seröse und namentlich eitrige Entzündungen der Pleura anschliessen können, so müssen diese noch speziell behandelt werden. Doch werden die oben angeführten Massregeln zur besseren Entleerung der Eiterhöhlen und zur Beschränkung der Infektion und Zersetzung auch dann anzuwenden sein. Gute Ernährung und vor allem Aufenthalt in reiner Luft werden von wesentlicher Bedeutung sein. Namentlich pflegt ein Aufenthalt in trockenem, warmem Klima gute Resultate zu gewähren. Am meisten empfohlen wird bei den stark sezernierenden B. das Wüstenklima von Algerien (Biskra) und Aegypten (Assuan, Heluan); auch Sizilien, die westliche Riviera, Korsika eignen sich für den Winteraufenthalt. Im Sommer wird der Aufenthalt im Mittelgebirge von Vorteil sein, und zwar lässt sich damit eine Trinkkur verbinden, wenn man Orte mit salinischen, alkalisch-salinischen oder Schwefelwässern wählt. Es sind das dieselben, wie sie oben bei den diffusen B. angeführt sind. Trotz B. allen diesen Mitteln und Behandlungsmethoden, besteht eine sehr starke Eiterproduktion, welche auch die anderen Lungenteile bedroht, kommt es häufig zu Blutungen usw., so muss an operativen Eingriff gedacht werden, falls es sich nicht um sehr alte, dekrepide Leute mit Herzschwäche usw. handelt. So hat man die B. eröffnet und nach aussen entleert. Nach Wegnahme

mehrerer Rippenstücke in der betreffenden Gegend werden, wenn die Pleurablätter nicht wie gewöhnlich verwachsen sind, diese vernäht oder durch Tamponade zur Verlötung gebracht; dann wird durch Probepunktion die Lage der Eiterhöhle festgestellt und, wenn Eiter aspiriert wird, unter Leitung der in der Lunge steckenden Stichkanüle mit dem Thermokauter eine Oeffnung gebrannt, diese so weit erweitert, dass der Eiter gut ablaufen kann. Der Effekt ist zunächst der, dass die Menge des Auswurfes wesentlich abnimmt, die Putreszenz verschwindet, etwaiges Fieber, Störungen des Appetits und der Ernährung geringer werden. Aber es ist schwierig, auf diese Weise eine vollständige Heilung zu erzielen. Gewöhnlich bleibt eine hartnäckig eiternde Fistel zurück. Meist ist auch keine einzelne B. vorhanden, sondern ein Konglomerat von solchen. Man hat dann wohl die Zwischenwände durchgebrannt und so eine grössere, besser zu reinigende Höhle erzeugt. Ferner ist auch schon der Teil der Lunge, in dem die B. sich befinden, total exstirpiert worden. Es ist das ja ein für schwächere, schlecht genährte Menschen sehr starker und gefährlicher Eingriff, daher meist nicht durchführbar. Neuerdings hat man nun versucht, die Höhlen zum Kollabieren und dann zur Obliteration zu bringen. Dies wird erreicht durch ausgedehntere Rippenresektionen in der Gegend der B. Die Brustwand sinkt dann ein und gestattet so der Lunge, sich zusammenzuziehen, und der vorher ausgespannt gehaltenen Höhle, sich zu verkleinern. Auch die Anlegung eines Pneumothorax durch Einblasen von Stickstoff in die Pleurahöhle der kranken Seite, bis ein starker positiver Druck entsteht, ist angewandt worden. Doch ist dies vielfach unmöglich, da die Pleurablätter verwachsen sind. Das beste operative Verfahren wird nach den bisher vorliegenden Erfahrungen darin bestehen, die Thoraxpartie, unter der sich die B. befinden, durch ausgedehnte Rippenresektionen zu mobilisieren und zum Einsinken zu bringen. Genügt dann dies allein nicht, um die Höhle zum Verschwinden und ihre Eiterproduktion zum Versiegen zu bringen, so müssen die Höhlen eröffnet und drainiert werden. Man wird dazu aber erst schreiten, nachdem die oben geschilderten inneren Mittel, Inhalationen, Atemgymnastik usw., nicht zum Ziele geführt haben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 28.)

- Bei **Bronchiektasien der Kinder** infolge eitriger Bronchitis oder Bronchopneumonie empfiehlt Tschernow häufige Dampfinhalation alkalischer Wässer, denen man aromatische Oele zusetzt. Zu einem Gläschen der Inhalationsflüssigkeit tut man z. B. 15 Tropfen einer der folgenden Medikationen:

Rp. Ol. Terebinth. 10,0
Ol. Menth. gtt. XV
Ol. Juniper. 3,0

oder:

Rp. Ol. Terebinth. 10,0
Ol. Bergam. gtt. X
Ol. Eucalypt. 5,0

Zur Unterstützung der Behandlung dienen aromatische Bäder von 28—29° C (Zusatz von 1 Löffel Tannennadel-extrakt) und Massage der Brust.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1909, Bd. 69.)

Diabetes. Paul Mayer (Karlsbad): **Boumasche Diabetesmilch.** Vor einigen Jahren hat Bouma in Haag in Holland eine Diabètesmilch eingeführt, die jetzt auch in Berlin von der Molkerei Hellersdorf nach seinen Angaben hergestellt wird. Da der Diabetiker den Milchzucker kaum besser als den Traubenzucker verwertet, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass ein gewisses Bedürfnis nach einer zuckerfreien und doch schmackhaften Milch vorliegt, zumal die bisherigen Präparate entweder schlecht schmeckten oder noch so grosse Mengen von Milchzucker enthielten, dass sie sich als rationeller Milchersatz nicht einbürgern konnten. Die Boumasche Milch wird im wesentlichen so hergestellt, dass aus gewöhnlicher Milch das Kasein niedergeschlagen wird, das in Wasser von 50° C unter Zusatz von soviel Natronlauge gelöst wird, dass die Reaktion schwach sauer ist. Dieser Lösung wird Dinatriumphosphat bis zur genauen amphoteren Reaktion zugesetzt. Es wird hierdurch die Sterilisierung der Milch ermöglicht, während bei saurer Reaktion die Milch gerinnt. Es werden nun der Lösung Kochsalz und Kalksalze, ferner etwas Süsstoff für Diabetiker (Saccharin oder Crystallose) zugefügt; dann wird sie mit vorher gründlich gewaschenem Rahm vermischt und die Milch homogenisiert. Die so gewonnene Milch enthält tatsächlich nur ganz minimale Mengen von Milchzucker; es handelt sich höchstens um 0,1 %, also um Spuren, die praktisch garnicht in Betracht kommen. Die

Milch hat einen sehr guten Geschmack, ist sehr fettreich — sie enthält etwa 4 % Fett — und hat den grossen Vorzug, dass sie sterilisiert werden kann. Die sterilisierte Milch ist wochenlang unverändert haltbar, ohne dass sie ihren Geschmack verändert. Sie kann also in Flaschen exportiert werden, ohne in ihrer Zusammensetzung im mindesten alteriert zu werden. Da in Oesterreich die Boumasche Milch schon seit zwei Jahren hergestellt wird, sah sich der Vortragende veranlasst, sie in Karlsbad bei zahlreichen Zuckerkranken anzuwenden, und zwar nicht die frische, sondern die sterilisierte Milch, die von Wien nach Karlsbad geschickt wurde. Diese Milch haben die meisten Pat. gern getrunken. Besonders bei abgemagerten Kranken, wo es darauf ankam, Gewichtszunahmen zu erzielen, wurden mit dieser fettreichen Milch sehr gute Erfolge erreicht. Für Berlin kommt vor allem die frische Milch in Betracht, die im Geschmack der sterilisierten zweifellos überlegen ist. Die Milch kann natürlich auch gekocht werden und kann jede Verwendung wie gewöhnliche Milch finden. Die Boumasche zuckerfreie Milch erfüllt daher alle Anforderungen, die man an ein gutes, einwandfreies Präparat stellen kann, und ist ein wertvolles Unterstützungsmittel bei der diätetischen Behandlung der Diabetiker.

2. Langstein: **Diabetes beim Säugling.** Langstein stellt ein acht Monate altes Kind vor, das rein äusserlich kaum ein Krankheitssymptom zeigt. Es ist heiter und bietet den Aspekt eines vollständig normalen Kindes. Es war ungefähr sechs Monate vollständig gesund, wurde bis dahin auch ziemlich rationell ernährt, litt weder an Infektionen noch an Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals. Vor ungefähr sechs Wochen machte es plötzlich eine leicht fieberhafte Erkrankung durch, die der behandelnde Arzt als Ernährungsstörung auffasste, und unmittelbar danach fiel der Mutter auf, dass die vom Urin benässten Windeln steif eintrockneten. Das Kind begann starken Durst zu zeigen, und im Urin fanden sich 3,5 % Zucker. Man muss im Säuglingsalter ausserordentlich vorsichtig mit der Diagnose D. sein, kommt es doch in dieser Zeit sehr leicht zu einer Ausscheidung von Zucker, der aber nicht gärender Traubenzucker, sondern Milchzucker resp. Galaktose ist. Die in der Klinik vorgenommene Untersuchung hat nun ergeben, dass es sich um einen schweren Fall von D. handelte. Das Kind schied bei einer Ernährung mit 1000 g $\frac{2}{3}$ Milch eine Harnmenge von

880 g mit 66 Zucker aus. Es wurde nun eine Diabetesmilch, allerdings etwas einfacher als dies soeben mitgeteilt wurde, hergestellt. Aus $1\frac{1}{2}$ Liter Milch wurde durch Labessenz Kasein und Fett ausgefällt, der Kuchen sehr gut gewaschen, um ihn von Zucker möglichst zu befreien und hierauf durch ein feines Sieb in 200 g Molke und 1300 g Wasser hineingepresst; mit dieser nur 8 g Zucker, dagegen viel Fett und Eiweiss enthaltenden Mischung, die mit Saccharin gesüsst wurde, ernährten wir nun das Kind — durch Zusatz von mehr oder weniger Molke ist es möglich, dem Kinde jede beliebige Quantität Zucker beizubringen. Bei dieser Diät ist die Zuckerausscheidung des Kindes allmählich auf 12 g pro die heruntergegangen. Dabei hat sich jedoch eine starke echte Azidose entwickelt. Es wird eine Menge von 1,2 g Ammoniak-Stickstoff ausgeschieden, was einem Ammoniakkoeffizienten von 33% entspricht. Die Literatur, die auf Langsteins Veranlassung Rott durchgesehen hat, bietet zwar eine Reihe von Angaben über D. im Säuglingsalter, die aber der Kritik nicht standhalten; jedenfalls ist die eben kurz mitgeteilte Untersuchung des Stoffwechsels beim D. im Säuglingsalter die erste dieser Art. Bezüglich der Anamnese in vorliegendem Falle sei auf eine Tatsache hingewiesen, von der dahingestellt sei, ob sie die Veranlassung zu dem D. ist — eine Tatsache, die ursprünglich vollständig verschwiegen wurde, in der leider weit verbreiteten Annahme, dass wir in dem der Nahrung zugesetzten Zucker nicht ein Nahrungsmittel, sondern nur ein Geschmackskorrigens zu sehen haben: die Mutter hat dem Kinde seit dem sechsten Monate täglich ungefähr 200 g Zucker gegeben.

Diskussion. Blumenthal: Die Zersetzungsprozesse der Boumaschen Diabetesmilch weichen natürlich von den Gärungsvorgängen in anderer Milch ab, weil die Gärungsvorgänge in der gewöhnlichen Milch durch den Gehalt von Milchzucker bestimmt werden. Man wird also eine Säuerung der Diabetesmilch hier nicht erwarten können, und in der Tat war dies auch nicht der Fall. Nun hätte man befürchten müssen, dass diese Milch sehr leicht in Fäulnis überging und dass dieser Umstand gegen die Verwendung der Diabetesmilch sprechen würde. Untersuchungen haben nun ergeben, dass nicht sterilisierete Milch sich äusserlich vier Tage lang nicht veränderte, und dass eine eigentliche Fäulnis mit Bildung von Indol und Skatol nicht auftritt, sondern es entsteht nur Schwefelwasserstoff. Es würde sich also eine solche zersetzte Milch schon sehr leicht

dadurch kenntlich machen, dass sie nach Schwefelwasserstoff riecht, wodurch eine Gefahr, sie zu trinken, sehr wesentlich vermindert wird.

(Verein f. innere Medizin in Berlin, 15. III. 09.)

Ekzem. Die **Uviolampe** hat Dr. O. Scheuer (Wien) bei *Ekzema ani* mit bestem Erfolge benutzt. Das Jenenser Glaswerk Schott hat eine Lampe konstruiert, die wegen ihres verhältnismässig billigen Preises und ihrer einfachen Handhabung für therapeutische Zwecke sehr geeignet ist. Der Pat. liegt mit angezogenen Knien auf dem Untersuchungstisch, die Lampe wird dem Anus gegenüber aufgestellt, der Arzt hält mit beiden Händen die Nates auseinander, muss also seine Augen der Lampe zukehren und deshalb die Augen schützen. Nach etwa 30 Minuten Bestrahlung (in einer Entfernung von 5—8 cm) wird Erythem erzielt, das zur Erzielung eines Effektes erforderlich ist. Erst wenn das Erythem abgeheilt ist, was oft schon nach 18 Stunden der Fall ist, darf die Behandlung weiter fortgeführt werden. Schon nach 2—3 Bestrahlungen ist eine günstige Beeinflussung zu konstatieren, namentlich die juckstillende Wirkung ist eine frappante. Unter den sechs so behandelten Fällen befanden sich zwei chronische E. von sehr hartnäckigem Verlauf und schon mit allem Möglichen behandelt; nach zweimaliger Bestrahlung hörte der heftige Juckreiz auf, und nach einigen weiteren trat vollständige Heilung ein. (Klin.-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 22.)

- **Vilja-Creme**, hergestellt von Obermeyer & Co., Hanau a. M., wurde in der Universitäts-Hautklinik in Würzburg versucht und hat sich nach der Mitteilung von Dr. E. Hellmuth daselbst gut bewährt, namentlich bei *Seborrhoe* und *seborrhoischem E.*, sowie bei *nässendem E.*, besonders dem sogen. *Wäscherinnenekzem*, wo es vorzüglich wirkte. Auch *Rhagadenbildung*, teilweise mit gleichzeitigem Auftreten von *Perniones* an den Händen, wurde recht günstig beeinflusst, desgleichen *Pruritus*. Endlich leistete der Creme als Vorbeugungsmittel gegen rauhe und rissige Hände infolge häufiger Anwendung von Desinfektionsmitteln gute Dienste: er macht die Haut geschmeidig und elastisch.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1909 Nr. 29.)

- **Vilja-Creme** lobt auch Dr. Abramowski (Schwarzort) sehr. Der Juckreiz bei E. jeder Art, aber auch der *Pruritus senilis*, *diabeticus*, *nervosus*, *Pruritus ani et scroti* wird

sehr günstig beeinflusst; wie Autor sagen kann: auch der Pruritus durch Morphinumgenuss, durch Ikterus, durch Insektenstiche. Nicht selten trat nach mehrmaliger Applikation völlige Heilung ein. So bei einer 70jährigen Dame, die seit Jahren an einem E. der Vulva litt; dieses wurde zwar nicht gänzlich beseitigt, aber der Juckreiz total geheilt.

(Therapeutische Rundschau 1909 Nr. 38.)

- **Ekzeme bei Ohren- und Nasenerkrankungen** behandelte mit *Zinkum peroxygenatum* Dr. K. Theiner (Wien) und hatte sehr befriedigende Erfolge. Man verordnet:

Rp. Zink. peroxygenat. 10,0
Vaselin. liquid.
Lanolin. aa 20,0
Vaselin. flav. 50,0.

Früh und abends wird zuerst für eine Stunde ein mit flüssigem Vaseline getränktes Gazestück aufgelegt, wodurch Krusten und Salbenreste beseitigt werden, dann wird obige Salbe dick aufgetragen. Auch prophylaktisch appliziert, leistete diese sehr gute Dienste.

(Österr. Ärzte-Zeitung 1909 Nr. 4.)

Gonorrhoe. **Thyresoltabletten** hat Dr. G. Tarrasch (Charlottenburg) bei *gonorrhoeischen Affektionen des weiblichen Urogenitaltractus* mit Erfolg angewandt. Stets zeigte sich dabei auch die günstige Einwirkung auf die Peristaltik des Darmes, die der zu den Tabletten benutzten *Magnesia carbonica* zuzuschreiben ist. Die Elberfelder Fabriken haben jetzt den Gehalt jeder Tablette an Thyresol etwas erhöht (auf 0,3 g). Der Preis stellt sich in Originalschachtel Bayer auf 2 Mk., für Kassenpatienten auf Mk. 1,80.

(Deutsche Medizinal-Zeitung 1909 Nr. 9.)

- **Alsol-Vaginalkapseln** empfehlen A. Hanau u. R. Pinner (Prof. v. Bardelebenschke Poliklinik f. Frauenkrankheiten in Berlin). Sie schreiben: „Die Alsol-Vaginalkapseln haben wir stets gern da angewendet, wo wir früher Tampons, die mit Alsol-Creme bestrichen waren, applizierten. Naturgemäss wurde durch die Verwendung der Kapseln die Therapie eine bei weitem reinlichere und auch insofern wirksamere, als nun natürlich von der Creme nichts mehr im Spekulum zurückbleiben konnte, wie dies früher in oft recht unliebsamer Weise geschehen war. Andererseits wurde dadurch eine sparsamere Verwendung des

Medikaments erreicht. Indiziert erscheint uns nach den gemachten Erfahrungen die Applikation von Alsol-Vaginalkapseln überall dort, wo eine adstringierende und antiseptische Wirkung durch ein Medikament erwünscht erscheint, also bei durch irgendwelche Ursachen hervorgerufenen Reizzuständen des weiblichen Genitalsystems, die bei längerer Dauer so oft eine bleibende Hyperämie und Hypersekretion (Fluor albus!) zur Folge haben. Dass derartige Zustände zumeist eine Folge der G. sind, muss um so mehr den Wunsch nach einem bakterizid wirkenden Mittel geben, wie es ja nach den Untersuchungen Aufrechts das Alsol ist. Naturgemäss aber bekommt man in der Klinik weniger die frischen Fälle zur Behandlung, bei denen man sicherlich durch eine geeignete Therapie ein Aszendieren der Gonokokken in das Corpus uteri und weiterhin in die Adnexe sehr wohl verhindern könnte, als vielmehr gerade jene Fälle, bei denen es sich um eine bereits vor Jahren akquirierte Infektion handelt, und wo wir es mit nunmehr schon chronisch gewordenen Metritiden und Adnexerkrankungen zu tun haben. Dass man bei den letzteren durch die ambulante Behandlung eine absolute Heilung nicht erzielen kann, liegt auf der Hand. Aber das, was wir hier anstreben müssen und erreichen können, das ist die Linderung der subjektiven Beschwerden der Pat., denen es selbst ja doch am letzten Ende ziemlich gleichgültig ist, ob ihre Adnexe im wissenschaftlichen Sinne normal sind oder nicht, wenn sie eben nur beschwerdefrei sind. Man kann also auf diese Weise auch denjenigen Pat. ein wenig helfen, die sich aus dem oder jenem Grunde zu einer vorgeschlagenen Operation nicht sofort entschliessen können. Die Applikation der Kapseln erfolgt am besten im Spiegel jeden zweiten Tag, etwa vier Wochen hindurch. Ausserdem werden selbstverständlich die bereits in der früheren Arbeit empfohlenen Scheidenirrigationen verordnet.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 37.)

- Die **Tubenbehandlung der G.** ist nach Dr. W. Karo (Berlin) die einzig rationelle. Als Grundlage hat sich am zweckmässigsten erwiesen Caspers Katheterpurin, das, mit dem gewünschten Medikament versehen, in vorn konisch zugespitzten Metalltuben durch die Firma H. Melzer in Meiningen unter dem Namen „Dr. Karos Injektion“ in den Handel gebracht wird. Jeder Tube ist ein Schlüssel beigegeben; durch Andrehen desselben wird der Inhalt der Tube, die mit der linken Hand an die Harnröhre heran-

gebracht wird, injiziert, und zwei bis drei Umdrehungen bringen genügend Injektionsmasse hinein. Man hält dann die Harnröhre zu und lässt sie nach kurzer Zeit wieder frei, worauf ein Teil der Masse abfließt, ein grosser Teil aber zurückbleibt — also eine Art Dauerbehandlung. Anfangs werden von K. Tuben mit 1,5 Thallin. sulfuric. verwendet; sind die stürmischen Erscheinungen abgeklungen, wird zu Tuben mit 0,25% Protargol, Albargin oder Ichthargan übergegangen, und sind unter dieser Behandlung die Gonokokken geschwunden, zu solchen mit Resorcin, Plumb. acetic., Ichthyol oder Zink. sulfuric. Bei dieser Methode, bei der die Medikamente intensiver und länger einwirken, als bei jeder anderen, wird der Verlauf der G. wesentlich abgekürzt und — Dank der aseptischen Injektion — der Eintritt von Komplikationen hintangehalten; von den 238 so behandelten Pat. hat keiner eine Epididymitis bekommen.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 25.)

- Ein **neues, waschbares, gepolstertes Suspensorium** hat Dr. Karl Schindler (Berlin) konstruiert und schreibt: „Das Neissersche S. erfüllt den Zweck, den Hodensack zu heben, von allen Suspensorien am besten. Es teilt aber mit allen anderen Suspensorien sehr viele Mängel. Der Stoff ist dünn und wird bei Spülungen, bei Injektionen oft durchnässt, mancher Pat. verbraucht zwei solcher Suspensorien während einer G. Der Pat. muss die Suspensorien mit Watte auslegen, damit der Hodensack überhaupt wirklich gegen Stoss oder Druck geschützt ist. Wie schlecht das jeder Pat. versteht und wie unbequem es für ihn ist, mit der einen Hand die Watte festzuhalten, mit der anderen das S. gut anzulegen, lehrt die tägliche Erfahrung. Ferner sind an dem Neisserschen S. zu viele und zu grosse Schnallen, wodurch das S. zu schwer wird, und es fehlt die Penisklappe. Ich habe nun die Neisserschen Suspensorien mit Ausnahme der Gurte aus weichem, wasserdichtem Gummibatist herstellen lassen, so dass sie abgewaschen und desinfiziert werden können, ohne dass die Dauerhaftigkeit und das gute Aussehen der Suspensorien leidet. Zwischen das äussere und innere Blatt des Beutels des Suspensors ist eine unverschiebbare weiche Polsterung gelegt, so dass der Pat. nicht mehr genötigt ist, selbst Watte in den Beutel hineinzulegen, auch wenn eine Epididymitis hinzugekommen ist. Besteht aber eine Epididymitis, so musste früher um die feuchte Kompresse Watte und darüber Gummibatist gelegt werden, wodurch

das S. sehr unförmig wurde. Jetzt genügt die feuchte Kompresse allein, da der Beutel schon gepolstert und an sich wasserdicht ist. Das S. trägt sich gut und ist sehr schmiegsam. Die Schenkelgurte sind schnallenlos, so dass am ganzen Suspensor nur drei kleine, leichte Schnallen sitzen. Die Penisklappe besteht ebenfalls ganz aus Gummibatist. Die Suspensorien werden nach längerem Aufbewahren nicht brüchig und behalten ihr gutes Aussehen. Sie sind desinfizierbar. Die Alleinanfertigung hat die Bandagenfabrik J. G. Hoffmann in Berlin übernommen.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 17.)

Magen- und Darmaffektionen. Ad. Würtz, Ueber

Anwendung von Kampfer bei alimentärer Intoxikation des Säuglings. (Aus der Säuglingsheilstätte zu Strassburg.) Zu den spezifischen Symptomen der alimentären Intoxikation im Sinne Finkelsteins gehört der Kollaps. Gerade die häufigste Form, die choleraartige, ist neben dem starken Wasserverlust gekennzeichnet durch die hochgradige Verminderung des Blutdrucks, die sich bis zum schweren Kollaps steigert. Subkutane Kochsalzinfusionen bedeuten einen schwerwiegenden Eingriff, der eventuell zu heftiger Reaktion führt. Die für die alimentäre Intoxikation geradezu spezifische Hunger- und Wassertherapie bedingt ein Abklingen der Symptome; zweifellos geht mit zunehmender Entgiftung des Organismus während der Hungerperiode eine Hebung der Herzfunktion parallel, wenn es gelingt, per os für genügende Wasserzufuhr zu sorgen, der eventuell noch durch kleine Klysmen nachgeholfen werden kann. Aber rasch erholen sich Herz und Puls beim intoxizierten Kinde nicht, das Symptom der Herzschwäche bedarf besonderer Behandlung. Und diese wird am besten mit Kampfer durchgeführt, und zwar zweckmässig mit Kampferöl. W. sagt darüber: Bei der Frage, wann soll nun der Kampfer zur Anwendung kommen, liessen wir uns von folgenden Erwägungen leiten: Es gibt, wie Finkelstein erst kürzlich betonte, beim akut magendarmkranken Säugling im Stadium der Behebung der Intoxikation einen kritischen Punkt, wo der therapeutische Nutzen des Hungers aufhört und andererseits die Möglichkeit, durch energischere Kalorienzufuhr den drohenden akuten Kollaps als Ausdruck der Inanition zu verhindern, noch nicht besteht, so dass, wenn dem Herzen, als gefährdetstem Organ, nicht energisch nachgeholfen wird, der geringe noch vorhandene Funktionsrest rapid

verloren zu gehen droht. In diesem Moment, der individuell verschieden nach 24, 48, ja erst nach 72stündigem Hungern auftreten kann, wo die Ernährung, wenn auch nur in den minimalsten Quantitäten, durch Zufuhr von Kohlehydraten in Form von Schleimabkochungen wieder ganz vorsichtig eingeleitet wird, hat sich die Zufuhr von Kampfer zur Erhaltung bzw. zur Hebung der schwer darniederliegenden Herzkraft in grossen Dosen vorzüglich bewährt. Gewöhnlich wurden dreistündlich $\frac{1}{2}$ —1 ccm einer 10%igen Kampferölemulsion injiziert, und zwar nicht nur so lange, bis sich Puls und Herzkraft gehoben hatten, sondern bis eine kalorienreichere, bekömmliche Ernährung für die ungestörte Fortdauer der Besserung des Herzzustandes eine sichere Gewähr gaben. In einem Fall wurden so bis 59 Injektionen in zehn Tagen gemacht, und zwar mit gutem Erfolge. Wir konnten uns sehr häufig dem Eindruck nicht entziehen, dass der zu richtiger Zeit und in grossen Dosen gegebene Kampfer sonst sicher verlorenen Säuglingen über jenen kritischen Moment hinweggeholfen hat und dass sie seiner hervorragend kräftigenden Wirkung auf ihre schwer darniederliegende Herzkraft ihre Genesung von schwersten Formen alimentärer Intoxikation verdanken.

(Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 3.)

- **Tannyl „Gehe“** hat Dr. H. Ury (Charlottenburg) in $1\frac{1}{2}$ Jahren bei zahlreichen Fällen von *chronischen Darmerkrankungen* mit Erfolg angewandt. Tannyl ist eine Tanninverbindung des Oxychlorokaseins, ein gelbliches, in Wasser fast unlösliches, geruch- und geschmackloses Pulver, das dreimal täglich messerspitzenweise (in etwas Kakao oder Reischleim) oder als Tabletten (vorher gut zerrieben, dreibis viermal täglich 2 Stück) gegeben wurde. Namentlich bei den hartnäckigen Diarrhöen der an Achylia gastrica Leidenden leistete es vorzügliche Dienste. Aber auch ausser bei gastrogenen Diarrhöen bewährte es sich bei Durchfällen als unterstützendes Mittel, wenn auch bei schweren Fällen Misserfolge nicht ausblieben.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 33.)

- **Lupulin** ist nach Prof. Dr. H. Stern (New York) bei Magen-Darmstörungen ein recht wertvolles Mittel, das namentlich bei *nervösen* Zuständen oft prompt wirkt. So empfiehlt er bei schmerzvoller Ueberempfindlichkeit des Magens:

Rp. Lupulin. 0,25
 Argent. nitr. 0,005
 D. t. dos. Nr. 30 in caps. gelatin.
 S. 1—2 Kapseln vor den Mahlzeiten
 in $\frac{1}{2}$ Weinglas lauwarmen Wassers.

oder:

Rp. Lupulin. 0,5
 Camphor. monobrom. 0,15—0,5
 D. tal. pulv. Nr. 30.
 S. 1 Pulver vor den Mahlzeiten
 in Oblaten.

Bei *nervösen Enteralgien* verordnet Autor in milderen Fällen:

Rp. Lupulin. 0,15
 Acetanilid. 0,1
 F. caps. tal. dos. Nr. 50.
 S. 3 Kapseln alle 2—3 Stunden.

In schweren Fällen:

Rp. Lupulin. 0,25
 Codein. sulph. 0,015
 Atropin. sulph. 0,0003
 F. caps. tal. dos. Nr. 20.
 S. Event. jede Stunde 1 Stück.

Bei *nervöser Diarrhöe* bewährten sich häufig:

Rp. Lupulin. 0,3
 Pulv. Ipecac. 0,02
 F. caps. tal. dos. Nr. 20.
 S. 4—6 mal 1 Stück.

(Therapeutische Rundschau 1909 Nr. 32, u. 33.)

Nephritis. H. Eichhorst. **Ueber chronische intermittierende Albuminurien als Nachkrankheit infektiöser Nephritiden.** (Aus der mediz. Klinik zu Zürich.) Autor berichtet über einen 21jährigen Pat., bei dem seit acht Jahren eine intermittierende reine Albuminurie besteht, die nach einer Scharlachnephritis zurückgeblieben ist. Zeichen eines entzündlichen Zustandes an den Nieren haben sich weder im Harn noch am Herzen und an den Blutgefäßen erkennen lassen. Es handelt sich hier um seltenere Vorkommnisse; Autor hat aber den Zustand mehrfach bei jungen Männern im Alter von 14—25 Jah-

ren beobachtet. Es gibt auch eine chronische intermittierende Albuminurie und Zylindrurie, die nach einer skarlatinösen und diphtherischen N. jahrelang zurückbleibt. Auch ist Autor noch eine dritte Form von chronischer Albuminurie nach infektiösen Nephritiden bekannt, für die er den Namen chronische intermittierende nephritische Albuminurie vorschlägt. Das Leiden äussert sich darin, dass die Kranken wochenlang einen ganz unveränderten Harn ausscheiden, denen dann Tage und selbst eine Woche, selten längere Zeiten folgen, an welchen der Harn 0,5‰ bis 2‰ Eiweiss, Zylinder, Epithelzellen der Harnkanälchen und Rundzellen, mitunter auch sparsame rote Blutkörperchen enthält. Die Vorhersage solcher chronischer Albuminurien ist keine ungünstige; die meisten Pat. wurden von ihren Leiden wieder befreit, wenn auch darüber mehrere Jahre hingingen. Sehr wichtig bei der Behandlung ist die Psychotherapie; man muss die Kranken immer wieder beruhigen und versichern, dass es sich um ein heilbares Leiden handelt. Dazu kommen diätetisch-physikalische Massnahmen: Ruhe, Bäder von 35—37° C, Schutz vor Erkältungen und Durchnässungen und zweckmässige Diät: vor allem Milch, Mehlsuppen, Gemüse (ausser Spargel, Spinat, Rettig und Radieschen); verboten: stark gesalzene, gewürzte und saure Speisen, starker Kaffee und Tee, geräuchertes und gepökeltes Fleisch.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 16.)

- Ueber **chronische N. und Röntgenbehandlung** schreibt San.-Rat Dr. Lenné (Neuenahr). „In einem Falle chronischer Nierenerkrankung, welcher mit erheblichen Oedemen einherging, brachte die Bestrahlung völliges Schwinden derselben. Die Kranke, eine 17jährige junge Dame, war, nachdem sie einen längeren Spaziergang durch die kühlen Fluten eines Baches im Mai 1907 gemacht hatte, etwa zehn Tage später an einem Erythema nodosum erkrankt, welches nach dreiwöchiger Behandlung zum Schwinden gebracht wurde. Mehrmalige Harnuntersuchungen während dieser Erkrankung hatten einen eiweissfreien Harn ergeben. Trotzdem zeigten sich nach Verlauf weiterer 14 Tage deutliche Oedeme der Augenlider, und jetzt ergab die Harnuntersuchung starken Eiweissgehalt, wogegen der mikroskopische Befund negativ ausfiel, insbesondere wurden Zylinder in keiner Form beobachtet. Trotz Anwendung aller bekannten therapeutischen Massnahmen, insbesondere gleich bei Beginn lange Monate hindurch beob-

achtete Bettruhe, Milchdiät und sonstige völlige salzfreie Ernährung, wurde das Leiden nicht im geringsten günstig beeinflusst, im Gegenteil die Oedeme stiegen zeitweise zu geradezu beängstigendem Umfange, um sich dann spontan wieder zu vermindern, ohne jemals zu verschwinden; auch der Eiweissgehalt (0,5—1,2 %) blieb unverändert. Nach elfmonatiger Behandlung kam die Kranke anfangs Juni 1908 nach Neuenahr, und auch hier war nach einem im Beginn der Kur kurzen scheinbar günstigen Erfolge nach sieben Wochen das Resultat als negativ zu bezeichnen; hatten sich auch Kräftezustand und Gemütsverfassung der Kranken sichtbar gehoben, Oedeme und Eiweissausscheidung waren unverändert geblieben. In dieser Not nahm ich zu den Röntgenstrahlen meine Zuflucht, auf deren antitoxische Wirkung ich in erster Linie baute. Der Versuch war insofern von Erfolg gekrönt, als die Diurese bei völlig unverminderter Lebensweise mächtig einsetzte. Die Oedeme kamen zum Schwinden und traten auch in der Folge nicht mehr auf, dabei hob sich die Funktionstüchtigkeit der Nieren beträchtlich (Ausscheidung von 50—60 g feste Bestandteile in 24 Stunden gegen 25—37 g im Beginne der Behandlung). Ein reizender Einfluss auf das Nierengewebe war niemals zu beobachten, der mikroskopische Befund blieb, wenn man von ganz vereinzelt hyalinen Zylindern absieht, negativ, aber auch die Eiweissausscheidung blieb prozentualiter unverändert, stieg also demnach mit der vermehrten Harnabsonderung. Zur Anwendung kamen fünf Sitzungen in 10—12 tägigen Abständen, die Dauer der Bestrahlung (weiche Röhre) währte 7—10 Minuten für jede Niere. Der Rheostat war auf schwach eingeschaltet, die Entfernung der Röhre vom Körper betrug zirka 25 cm, Funkenstrecke 12—14 cm. Andere hydriatische Massnahmen wurden während der Röntgenbehandlung nicht angewendet; die Kranke fühlte sich nach den Sitzungen durchaus wohl und frisch.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 37.)

Tuberkulose. Guajakose hat Prof. R. Massalongo (Ospedale Maggiore in Verona) mit bestem Erfolge angewandt. Bei Lungentuberkulose in allen Stadien, bei Darmtuberkulose bewährte sich das Präparat, bei tuberkulöser Peritonitis wirkte es oft überraschend. Zunahme des Körpergewichts, Besserung der subjektiven Beschwerden wie des objektiven Befundes wurden konstatiert. Autor liess pro

die 3—4 Dessertlöffel bis Esslöffel pur oder in Milchkakao, Tee u. dgl. nehmen.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1909 Nr. 34.)

- **Mitteilungen über die Anwendung eines neuen Teerproduktes „Sputan“ bei katarrhalischen und tuberkulösen Lungenaffektionen** macht San.-R. Dr. Dorn (Berlin), der das — von der Fabrik H. Laaser, Berlin SW 68 hergestellte — Präparat, ein leicht alkoholhaltiges, wässriges, aromatisches Teerprodukt, bei ca. 50 Pat. anwandte. Bei einfachen katarrhalischen Affektionen wurden sehr schöne Erfolge erzielt, aber auch bei schwereren Tuberkulosefällen waren die Resultate recht befriedigend. Rasche Besserung des Allgemeinbefindens, Zunahme des Appetits und Gewichtes, ein schnelles Zurückweichen des ganzen Krankheitsbildes konnten erreicht werden. Die Pat. bekamen in der ersten Woche des Morgens und Abends je einen Esslöffel; diese Dosis wurde allmählich erhöht, so dass in der vierten Woche zweimal täglich je vier Esslöffel genommen wurden, die bis zur sichtlichen Besserung weiter gegeben wurden, worauf allmählich das Quantum wieder herabgesetzt wurde. Selbst grosse Dosen wurden gut toleriert.

(Deutsche Med.-Zeitung 1909 Nr. 61.)

- **Pastilli Jodo-ferrat. comp. „Jahr“** leisten, wie Prof. Dr. Nanu (Bukarest) mitteilt, bei der Behandlung der kindlichen Lungentuberkulose ausgezeichnete Dienste. Die Kinder bekommen rasch Appetit, erholen sich zusehends, das Körpergewicht steigt, das Fieber weicht, und auch der lokale Prozess wird aufs günstigste beeinflusst. Das Gleiche ist bei Drüsentuberkulose der Fall. Bei allen tuberkulösen, skrofulösen, schwächlichen Kindern sollte man zu dem Präparat greifen.

(Die Heilkunde, August 1909.)

- **Ueber die bei Bergleuten in Kohlenbergwerken beobachtete verruköse Form der Hauttuberkulose** berichtet San.-R. Dr. Fabry (Städt. Krankenanstalten Dortmund) und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Klinisch haben wir es bei der an den Handrücken, Finger- und Vorderarmstreckseiten lokalisierten Warzenbildung zu tun mit einer Hauterkrankung, welche sich deckt mit dem von Riehl und Paltauf in die Dermatologie eingeführten Begriff der Tuberculosis verrucosa.

2. Pathologisch-anatomisch ergibt sich eine wesentliche Differenz insofern, als sich mikroskopisch nicht der

bekannte Tuberkel findet, sondern ein gleichmässiges Band kleinzelliger Infiltration in der Kutis, meist ohne Riesen-
zellen, also mehr das histologische Bild der Tuberkulide.

3. Die Krankheit hat entschieden Beziehung zur T. und nur zu dieser; darauf weisen unsere Ermittlungen bez. der Anamnese sowie sonst vorliegender T. hin, ferner die positiv ausgefallene Reaktion auf Alttuberkulin und das von uns wiederholt beobachtete gleichzeitige Auftreten einer anderen Form der Hauttuberkulose, nämlich des Skrofuloderma.

4. Wir müssen demnach dieser Bergmannshauttuberkulose, wenn sie sich auch auf den ersten Blick klinisch mit der Riehl und Paltauf'schen Krankheit vollständig deckt, eine besondere Stellung zuweisen wegen des abweichenden mikroskopischen Befundes, und glauben sie den Tuberkuliden zurechnen zu dürfen. Wir möchten, um Missverständnissen vorzubeugen, besonders betonen, dass diese unsere Auffassung nur gelten soll für die bei Bergleuten beobachtete Tuberculosis verrucosa.

5. Es handelt sich um eine echte Berufserkrankung; eine 20jährige Beobachtung bei einem recht grossen Beobachtungsmaterial hat uns überzeugt, dass eine echte Berufs- oder Gewerbekrankheit vorliegt; natürlich tritt als weiteres Moment tuberkulöses, wenn auch abgeschwächtes tuberkulöses Virus hinzu.

6. Dafür spricht auch die ausschliessliche Lokalisation an den Streckseiten, denn diese sind beim Bergmannsberuf täglich leichten Verletzungen, Exkoriationen ausgesetzt.

7. Die mildere Form des Auftretens der Hauttuberkulose glauben wir zur Genüge damit erklären zu können, dass Kohlenstaub in feinsten Verteilung das tuberkulöse Virus in seiner Wirkung abschwächt.

8. Für den rheinisch-westfälischen Kohlenbezirk haben wir, wie wir glauben, mit Sicherheit nachgewiesen, dass der Bergmannsberuf ganz besonders zu dieser klinischen Sonderform der Hauttuberkulose inkliniert; es dürfte von grossem Interesse sein, nachzuprüfen, ob in anderen Kohlenrevieren ähnliche Verhältnisse vorliegen. Bis zum heutigen Tage ist etwas derartiges noch nicht berichtet worden, obschon unsere erste Publikation schon eine Reihe von Jahren (1900) zurückliegt.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 35.)

Vermischtes.

- **Rückwärtsknickung der Gebärmutter nach Unfällen.** An einem Gutachten erläutert von Prof. Dr. C. Thiem (Cottbus): „In der Unfallversicherungssache der verehelichten Landwirtin Josefa R., geb. R. zu Schönau, Kr. Olpe erstatte ich das von der westfälischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft zu Münster geforderte Gutachten nach Lage der Akten. Die am 8. Mai 1867 geborene Frau R. will am 8. Juli 1908 nachmittags 4 Uhr, als sie, in jeder Hand einen Eimer mit Schweinefutter, eine Treppe herabging, mit dem Fuss von der zweiten auf die erste Stufe abgerutscht sein, worauf sofort Schmerzen im Unterleib entstanden seien. Diese waren andauernd und verschlimmerten sich so, dass am 20. Juli der Arzt, Herr San.-Rat Dr. M. in O. zu Rate gezogen werden musste, welcher einen Mutterring gelegt hat, welcher stets getragen werden mnss. Seit dem Unfall können nur mehr leichte Hausarbeiten verrichtet werden. Herr San.-Rat Dr. M. bestätigt in einem Gutachten vom 25. Oktober 1908, dass die R. ihn am 20. Juli 1908 in seiner Wohnung konsultiert habe. Er fand eine Rückwärtsknickung der Gebärmutter, richtete dieselbe auf und legte der Frau einen Ring ein. Der Arzt bezeichnet als Klagen der Verletzten: „Morgens Rückenschmerzen, am Tage bei Anstrengungen kommt der Fehler hervor, dann muss die Frau sich hinsetzen und etwas ruhen.“ Ferner beschreibt der Arzt, dass die Gebärmutter infolge des getragenen Ringes richtig vornüber liege, aber gegen Betastung sehr empfindlich sei, die vordere Scheidewand senkt sich etwas. Er werde den Ring versuchsweise entfernen und die Frau nach einiger Zeit zur Untersuchung wiederkommen lassen. Der Arzt schliesst daraus, dass die Frau ihn vor dem Unfalle eines Unterleibsleidens nicht konsultiert habe, und da nach Prof. Fritsch auf die angegebene Art durch einen Unfall eine Rückwärtsknickung entstehen kann, dass dieses Leiden bei Frau R. auf den Unfall zurückzuführen sei. Die Hebamme Sch. gibt an, dass sie bei der am 18. April 1908 erfolgten Niederkunft der Frau R. ein Unterleibsleiden nicht bemerkt habe und dass diese auch zu anderer Zeit niemals über ein solches geklagt habe. — Bevor wir die Frage erörtern, ob der in Frage stehende Unfall das Unterleibsleiden der Frau R. hervorgerufen haben kann,

ist es notwendig festzustellen, ob das Zustandekommen von Rückwärtsknickung der Gebärmutter durch Unfälle schon anderweitig beobachtet worden ist. In der ersten Auflage meines Handbuches der Unfallkrankungen habe ich die Ansicht ausgesprochen, dass eine Umknickung des Gebärmutterkörpers nach hinten durch einen Unfall auszu-schliessen sei, wenn sie nicht krankhaft oder durch Schwangerschaft vergrössert ist. Ich habe nur die traumatische Entstellung der blossen Rückwärtslagerung, des blossen Umlegens der Gebärmutter nach hinten ohne Einknickung die Retroversio, für möglich erachtet. Ich bin auch heute noch dieser Ansicht, dass nämlich das bloss Insichabknicken der Gebärmutter durch Vermehrung des Binnendruckes im Bauch gar nicht zu verstehen ist. Veröffentlichungen, welche das Gegenteil beweisen sollten, haben mich nicht überzeugen können. Aber ich gebe aus anderen Gründen zu, dass das Festhalten an diesem theorethisch von mir noch immer für richtig erachteten Standpunkt, den auch andere Frauenärzte, wie Sarwey und Baisch, teilen, praktisch keine grosse Bedeutung hat. Denn die reinen Formen von blosser Rückwärtslagerung ohne Abknickung und umgekehrt kommen selten vor und die Frauenärzte sprechen neuerdings meistens nur noch von dieser Mischform, der Retroversio-flexio. Ja Küstner betont mit Recht, dass diese Lageveränderung auch immer mit einem Tieftreten der Gebärmutter einhergehe, also auch mit Descensus uteri verbunden sei. Mit Fritsch-Bonn bin ich der Ansicht, dass die Gewalteinwirkung bestehen müsste in einem Fall auf das Gesäss oder wie ich hinzufüge 1. auch auf die Beine, vorausgesetzt, dass der Fall von einer gewissen Höhe erfolgt; 2. im Heben einer schweren Last; 3. in einem Stoss oder Druck unmittelbar gegen den Unterleib. Bei der letzteren Entstehungsweise kann man sich die Einwirkung aber nur so erklären, dass ein stossender Körper mit breiter Fläche den Bauchraum trifft und den Inhalt nach den Stellen zum Ausweichen bedingt, die ein Ausweichen gestatten; also nach dem besonders bei Frauen, die geboren haben, schlaffen, nachgiebigen Beckenboden hin. Die Vorstellung, dass etwa ein den Bauch treffender Stoss mit einer kleinen Fläche, beispielsweise ein Stockstoss, die im kleinen Becken liegende Gebärmutter selbst treffen und aus der Lage bringen könnte, darf man nicht hegen. Fürst fand im allgemeinen die Rückwärtslagerungen viel häufiger bei Frauen, die viel und schwer heben z. B. in Papierfabriken, weniger

dagegen bei solchen mit häuslichen Beschäftigungen, die viel mit stark vornübergebücktem Oberkörper arbeiten. Im Nachstehenden will ich einige mir bekannt gewordene Fälle anführen, in welchen die Entstehung oder Verschlimmerung einer Rückwärtslagerung infolge eines Unfalles in dem eingangs erwähnten allgemeinen Sinne (*Retroversio-flexio* mit *Descensus uteri*) nach Ansicht der Beobachter, die man wohl im Allgemeinen teilen kann, wahrscheinlich war.

Zwei Fälle von Fritsch:

1. Ein 20jähriges Mädchen, das Verfasser bisher als gesund gekannt hatte, bekommt nach einem Fall auf das Gesäss vom Stuhl beim Wäscheaufhängen Beschwerden und Schmerzen während der Monatsblutungen, die sie früher nie gehabt hat. Untersuchung ergibt *Retroversio* mit Tiefstand der Eierstöcke.

2. Auffallend kerngesundes kräftiges Mädchen von 20 Jahren hebt bei mässig zurückgebeugtem Oberkörper einen grossen wassergefüllten Bottich und fühlt einen heftigen Schmerz im Becken, der sie zwang, einige Tage im Bett zu liegen. Die wegen Jungfräulichkeit der Verletzten durch den Mastdarm unternommene Untersuchung ergab deutliche *Retroversio-flexio* der sehr druckempfindlichen Gebärmutter.

Zwei Fälle von Herff:

3. Eine Wöchnerin aus der fünften Woche trug sofort nach dem Emporheben eines Tragkorbes bei voller Blase eine *Retroflexio* davon, die v. Herff kurz nach dem Unfall feststellen und beseitigen konnte. v. Herff gibt zu, dass es sich nur um die Verwandlung einer *Retroversio* in *Retroflexio* gehandelt haben könne.

Im zweiten Falle hatte eine Frau schon vor Jahren wegen *Retroflexio* $\frac{1}{2}$ Jahr ein Pessar getragen, dann aber jahrelang sogar mit dazwischen liegender Entbindung normale Haltung der Gebärmutter gehabt, welche noch früh am Unfalltage festgestellt war. Sie bekam bei voller Blase nach dem Heben ihres dreijährigen Kindes aus dem Bett ausgesprochene *Retroflexio* (Rückfall). Die sofort einsetzenden Beschwerden bestanden in Kreuzschmerzen, Schwäche in den Beinen und Behinderung der Harnentleerung.

4. Eigene Beobachtung:

Eine 37jährige Frau rutscht die Treppe herunter, gibt sich einen Ruck nach hinten und fällt auf das Gesäss mit starker Wucht. Schmerzen, Blutung aus der Gebärmutter

9*

(die Monatsblutung war acht Tage vorher zu Ende). Drei vorhergehende Schwangerschaften und Wochenbetten hatte sie leicht überstanden. Wahrscheinlich hatte die Frau vor dem Unfall noch keine Rückwärtslagerung. Dagegen ist es wahrscheinlich, dass diese sowie die Blutungen durch das gewaltsame Hintenüberfallen bei starker Anspannung der Bauchmuskeln entstanden sind.

Vergleicht man diese Unfälle mit dem der Frau R. so kommt man zu der Ueberzeugung, dass der letztere, das Abrutschen um eine Stufe mit einem Fuss, viel zu geringfügig war, um das Zustandekommen einer derartigen Verlagerung veranlassen zu können. Eine so plötzlich entstandene Verlagerung macht auch soviel Schmerzen und anderweitige Beschwerden, dass man mit dem Aufsuchen des Arztes nicht zwölf Tage warten kann. Ich rate daher die Unfallsansprüche der Frau R. abzulehnen, da sie das Leiden, wie auch der Vorfall der vorderen Scheidewand andeutet, schon früher gehabt hat. Das Zeugnis der Hebamme, wonach sie bei der Niederkunft der Frau R. kein Unterleibsleiden gefunden hätte, beweist nichts gegen die Annahme, da bei der schwangeren Gebärmutter infolge der riesigen Grössenzunahme Lageveränderungen ausgeglichen werden. Ebenso ist der Umstand, dass Frau R. den Arzt und die Hebamme vorher nicht wegen eines Unterleibsleidens befragt hat, kein Grund zur Annahme, dass sie ihre Gebärmutterrückwärtslagerung nicht schon vor dem Abgleiten mit dem Fuss gehabt hat, da die blosserückwärtslagerung in den meisten Fällen so wenig Erscheinungen macht, dass tausende Frauen mit dieser Lageabweichung herumlaufen, ohne es zu wissen.

(Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwes. 1909 Nr. 2.)

- **Ueber Zahn- und Mundpflege** lässt sich Prof. Dr. Bennighoven (Berlin) aus und schreibt: „Ein solches Mittel scheint mir in der Zahnpasta Albin gefunden zu sein, die von der Firma Pearson & Co., Hamburg, in den Handel gebracht wird. Der wirksame Bestandteil derselben ist in Tragant eingeschlossenes Wasserstoffsuperoxyd; die Haltbarkeit des Präparates ist nach Angabe der Firma nicht durch Säurezusatz bedingt, sondern wird durch Zusatz von Pflanzenschleim bewirkt. Der Gehalt des $H_2 O_2$ an Säuren, die, wie bekannt, infolge der Fabrikation stets in geringen Mengen in das Wasserstoffsuperoxyd übergehen, ist ganz minimal. In dem für medizinische Zwecke verwendbaren $H_2 O_2$, soweit es von zuverlässigen Firmen

herstammt, ist nämlich die Säurenmenge schon an und für sich so gering, dass sie praktisch nicht mehr in Frage kommt. Das zur Bereitung des Albin verwendete $H_2 O_2$ -Präparat aber zeichnet sich noch durch ganz besondere Reinheit aus, und soll sein Säuregehalt bisher niemals 0,1% erreicht haben. Es kann daher ohne Bedenken vom praktischen Standpunkt aus als säurefrei bezeichnet werden. Das Wasserstoffsuperoxyd wirkt durch Oxydation in der Weise, dass bei seiner Berührung mit Körpergeweben ein Atom O frei wird. Es ist ein vorzügliches Antiseptikum und steht nach Miller als solches an dritter Stelle. Seine Wirkung zeigt sich besonders bei der Behandlung von Mundgeschwüren, üblem Mundgeruch usw. In der Zahnheilkunde wird er ausserdem noch zur Wurzelbehandlung benutzt. Dass sich das $H_2 O_2$ bei der Mundbehandlung nicht noch viel mehr eingeführt hat, wie es tatsächlich der Fall ist, hat hauptsächlich seinen Grund in der vielfach laut gewordenen Befürchtung, das Mittel müsste, da es doch die Zähne bleicht, zerstörend auf die harten Zahnsubstanzen einwirken. Diese Anschauung, die ja a priori ohne weiteres einleuchtet, bedarf doch sehr der Einschränkung. Dass Zähne, in reines $H_2 O_2$ gelegt, nach einiger Zeit erweichen, ist Tatsache, ebenso ist es aber auch erwiesen, dass Pat. Jahre hindurch regelmässig $H_2 O_2$ als Mundwasser benutzten, ohne dass die Zähne irgend wie davon angegriffen wurden. Es ist eben ein gewaltiger Unterschied, ob man einen Zahn längere Zeit hindurch mit einer konzentrierten $H_2 O_2$ -Lösung in Berührung bringt oder ob man die Zähne vorübergehend mit einer schwachen Lösung desselben Mittels bearbeitet. Infolge der leichten Zersetzbarkeit des Wasserstoffsuperoxyds war es bisher nicht möglich, $H_2 O_2$ -Paste zu konstruieren, trotzdem dies aus mehreren Gründen wünschenswert erschien. Dies ist nunmehr der Firma Pearson & Co., Hamburg in der Albinpaste gelungen. Das $H_2 O_2$ befindet sich im Albin in Tragant eingeschlossen, welches letzteres in Wasser nicht löslich ist; die Abspaltung des O findet daher nicht vorzeitig und beständig wie bei der wässerigen Lösung, sondern erst beim Verreiben des Albins mittels der Zahnbürste an den Zahnflächen und Schleimhäuten statt, wodurch die Wirkung desselben auch bei längerem Stehen garantiert wird. Die Vorzüge der Zahnreinigung mit Albin gegenüber der mit $H_2 O_2$ in wässriger Lösung bestehen in erster Linie darin, dass durch die Paste des $H_2 O_2$ in stärkerer Konzentration mit

dem Testobjekt in Berührung kommt, als bei der wässerigen Lösung, die in starker Verdünnung gebraucht wird. Das Albin wird durch die Anfeuchtung der Zahnbürste ja kaum zur Hälfte mit Wasser vermengt. Die Verreibung enthält also immer noch viel mehr $H_2 O_2$, als die übliche wässerige Lösung. Von Belang ist aber auch noch der Umstand, dass beim Albin das $H_2 O_2$ nicht explosiv zur Zersetzung kommt, sondern ganz allmählich bei der jeweiligen Berührung neuer Teile der Paste mit der Zahnschubstanz und dem Zahnfleisch, so dass bei genügend langem Putzen der Zähne (1—2 Minuten) der ganze $H_2 O_2$ -Gehalt nutzbringend zur Zersetzung gelangt. Der angenehme Geschmack der Pasta ist ebenfalls ein Vorzug gegenüber der schlecht schmeckenden wässerigen Lösung. Ausserdem kommt auch noch bei der Paste die mechanische Reinigung in Betracht, vermittelt derer alle groben, den Zähnen anhaftenden Partikelchen entfernt werden. Die leider ziemlich harte Konsistenz der Paste ist für die Haltbarkeit derselben erforderlich. Ich selbst habe die Albinpaste mehrere Monate hindurch regelmässig verwandt und ausserdem bei etwa 30 Patienten Versuche damit angestellt, die mich in jeder Beziehung befriedigten. Bei Pat. mit luetischen Affektionen im Munde wurde zu Beginn der Behandlung oft über heftige Schmerzen geklagt, wenn das $H_2 O_2$ mit Wunden in Berührung kam, zweifellos übte aber die Paste auf die Heilung dieser Affektionen einen günstigen Einfluss aus. Die antiseptische Wirkung des Mittels ist tadellos, und wurde dasselbe allgemein gern benutzt; eine schädigende Wirkung auf den Schmelz habe ich während meiner viermonatlichen Versuche — wie ja auch zu erwarten war — nicht feststellen können, ich glaube daher, zumal die Resultate der von mir vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen die kräftige antiseptische Wirkung des Präparates zweifellos dartun. Albin als vorzüglich geeignetes Mittel zur Reinigung und Desinfektion der Zähne wohl empfehlen zu können.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909.)

- Ueber **Sabromin** macht Dr. K. Kroner (Sanatorium Schlachtensee) Mitteilung. Unter dem Namen Sabromin ist von E. Fischer und J. v. Mering ein Brompräparat eingeführt worden, das Autor im Laufe eines Jahres bei etwa 40 Pat. zu verwenden Gelegenheit hatte. Der dem Sajodin analog gewählte Name ist nicht ganz zutreffend, da das Präparat aus dibrombehensaurem Calcium besteht, während

das Sajodin die entsprechende monojodbehensaure Calcium-
verbindung darstellt. Die Formel ist die folgende:



Die etwa 30% Brom enthaltende Substanz ist ein weisses, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlösliches Pulver, das in Tabletten sowie in Pulverform im Handel erhältlich ist. Es werden je nach der Indikation 1—3 mal täglich je 1—2 Tabletten (à 0,5 g) gegeben. Angewendet hat Autor das Präparat vor allem bei Neurasthenie, und zwar besonders häufig bei Herzneurosen, ferner bei Angst- und Erregungszuständen, bei leichter Schlaflosigkeit, besonders wenn es sich um erschwertes Einschlafen handelte, endlich in einer Reihe von Fällen von Hysterie; es auch bei Epilepsie anzuwenden, hatte er bisher keine Gelegenheit. Nach seinen auf vielen Hunderten von Einzelapplikationen beruhenden Erfahrungen kann er sagen, dass das S. gern genommen und gut vertragen wird. Insbesondere wurde nie von Seiten der Pat. über Magen- oder Darmbeschwerden geklagt. Jedenfalls wirkt das S., wie auch schon Versuche von Mering ergeben haben, bei bedeutend geringerem Bromgehalt in denselben Dosen, die bei Anwendung von Bromalkalien üblich sind. Autor war in den oben angegebenen Fällen nie genötigt, mit der Dosis weiter hinauf zu gehen. In grösseren Mengen, namentlich längere Zeit gegeben, wird es wegen des relativ grossen Volumens der Tablette auch nur ungern genommen werden, eventuell würde man es, was Autor mehrfach getan hat, in Pulverform geben. In schwereren Aufregungszuständen, bei hartnäckiger Schlaflosigkeit und dergleichen hat das S., wie nicht anders zu erwarten war, versagt. Das Indikationsgebiet des neuen Mittels ist das gleiche wie das der übrigen Brompräparate, vor denen es aber den Vorzug besitzt, gut vertragen zu werden und anscheinend seltener Nebenwirkungen zu verursachen.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1909.)

- **Ueber die Gefahren des Bierschen Stauungsverfahrens** lässt sich Dr. A. Schäfer (Städt. Krankenhaus in Oberstein) aus auf Grund von zwei Beobachtungen, von denen besonders Fall 1 unser Interesse erregt. Es handelte sich um eine schwere Phlegmone eines Armes. „Es war also unter der Stauungsbehandlung zu einer Neuritis des Nervus radialis innerhalb des gestauten Bezirks gekommen. Die Neuritis hörte genau an der Stelle auf, an der die Stau-

binde gegessen hatte. Meine Vermutung, dass etwa die zu fest angezogene Staubinde eine Druckatrophie des Nerven verursacht hätte, hatte sich nicht bewahrheitet. Einen Fehler der Technik kann man also für die unglückliche Komplikation nicht verantwortlich machen. Vielleicht wäre die Lähmung vermieden worden, wenn ich bei den ersten Zeichen einer beginnenden Parese die Stauung ausgesetzt und mich mit dem früher üblichen antiphlogistischen Heilverfahren begnügt hätte. Die Krankengeschichte zeigt, dass die Schmerzen des Pat. mich veranlassten, die Staubinde wieder anzulegen. Richtiger wäre es aber wohl in diesem Falle gewesen, schmerzlindernde Arzneimittel anstatt der Staubinde in Anwendung zu bringen. Dass es gerade in dem gestauten Bezirk zu einer Neuritis kam, deckt sich mit den experimentellen Ergebnissen Frangenheims, der zu dem Resultat kam: „diese Neubildung von Bindegewebe ist eine charakteristische Eigenschaft der Stauungshyperämie“. Es handelte sich im vorliegenden Falle zweifellos um eine unter der Stauung entstandene Perineuritis und interstitielle Neuritis des N. radialis“. — Autor kommt zu dem Schluss: „Ich stehe durchaus nicht auf dem Standpunkte von Lexer, Sick, Tuffier und anderen, dass das Biersche Stauungsverfahren nur in Krankenhäusern unter beständiger ärztlicher Kontrolle zur Anwendung gebracht werden dürfe. Eine grosse Anzahl von praktischen Aerzten hat mir bestätigt, dass die Stauungsbinde von Laienhand nach sorgfältigster Anleitung durch den Arzt sehr wohl in richtiger und Heilung befördernder Weise angelegt werden kann und dass die Erfolge bei ambulanter Stauungsbehandlung im allgemeinen sehr gute seien. Aber die im Fall 1 trotz sorgfältigster ärztlicher Kontrolle aufgetretene Komplikation einer Nervenlähmung möge gerade den praktischen Aerzten eine Mahnung sein zur möglichst häufigen und sorgfältigen Kontrolle der gestauten Gliedmassen. Bei peripherischen Nervenstörungen die Staubinde weit oberhalb oder unterhalb der bisher umwickelten Stelle anlegen, oder, wenn das nicht möglich, fort mit der Staubinde und zurück zu dem früher bewährten antiphlogistischen Heilverfahren!“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 19.)

- Bei **Trichophytie** und **Alopecia areata** wendet Dr. M. Hodara mit Erfolg ein Gemisch von Chrysarobin und reinem Ichthyol (5:20) an. Eine dicke Schicht davon wird auf die erkrankten Stellen aufgetragen, mit Mull bedeckt und

darüber eine Kappe befestigt. Täglich, spätestens jeden zweiten Tag, wird die alte Salbe entfernt und neue aufgetragen. Stellt sich einmal etwas Hautreiz ein, so appliziert man reines Ichthyol, um dann wieder zu dem Gemisch zurückzukehren. — Bei **Impetigo contagiosa** gibt Autor folgendem Mittel, weil es ganz reizlos ist und in kurzer Zeit Heilung herbeiführt, vor anderen den Vorzug:

Rp. Vaseline.

Lanolin. \overline{aa} 25,0

Hydrarg. praec. rubr.

Acid. boric. \overline{aa} 5,0

Minii 10,0

Amyl. 20,0.

Vorher wird die Haut mit Sublimat (1:3000—5000) abgewaschen. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1909 Nr. 11.)

— Die Farbenfabriken Bayer & Co. in Elberfeld haben **folgende Tabelle** aufgestellt, welche **Substanzen** aufzählt, die sich mit den von ihnen dargestellten Präparaten nicht vertragen, daher als Zusätze zu vermeiden sind:

	Cave:	Grund:	Zu beachten:
Agurin:	Sauer reagierende oder ammoniakal. Substanzen, (Fruchtsäfte, Gummilösung usw.)	Fällen Theobromin aus.	Hygroskopisch; gut verschlossen aufzubewahren! Leicht löslich in Wasser.
Alypin:	Silbersalze. (In Kombination mit solchen verordnet man: Alyp. nitric.)	Scheiden Chlorsilber ab.	Stets frische Lösungen verwenden! Leicht löslich in Wasser.
Aristol:	Temperaturen über 40°.	Zersetzung.	Unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol, Aether und fetten Ölen.
Aspirin:	Alkalien und deren Karbonate (Natr. bicarb. usw.).	Bilden essigsäure u. salizylsäure Salze.	Schwer löslich in Wasser.
Citarin:	Lösung in heissem Wasser.	Zersetzung.	In kaltem Wasser lösen!
Epicarin:	Alkalien und deren Karbonate.	Bilden Salze.	Schwer löslich in Wasser, leicht in Alkohol.
Europhen:	Amylum, Metalloxyde, Alkalien und deren Karbonate.	Wirken zersetzend und bilden Metalljodide bzw. freies Jod, welch. Stärke blau färbt.	Unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol, Aether und fetten Ölen.
Hedonal:	Alkalien und deren Karbonate.	Zersetzung in diverse Körper (Ammoniak, Karbonat und Methylpropylcarbinol).	Schwer löslich in Wasser.
Helmitol:	Heisses Wasser.	Zersetzung.	In kaltem Wasser lösen! Unlöslich in Alkohol und Aether.
Heroin. hydrochlor.:	Gerbsäure, Alkalien und deren Karbonate.	Zersetzung unter Heroinausscheidung.	Leicht löslich in Wasser, schwerer in Alkohol.

	Cave:	Grund:	Zu beachten:
Isopral:	Ordination als Pulver, auch ad. chart. cerat.	Verflüchtigt sich schon bei gew. Temperatur.	Schwer löslich in Wasser, leicht in Alkohol und Aether.
Jothion:	Zur Salbenbereitung alle wasserhaltigen Vehikel (Resorbin, Mitin, Vasanol, Ungt. len. usw.).	Scheiden das in Wasser schwerlösliche Jothion unter teilweiser Zersetzung wieder aus	Schwer löslich in Wasser, leicht in Alkohol und fetten Oelen.
Mesotan:	Wasser und wasserhaltige Körper. (Spiritus).	Zersetzung in Salizylsäure, Formaldehyd u. Methylalkohol.	Schwer löslich in Wasser, leicht in Alkohol, Aether und fetten Oelen.
Nova-spirin:	Alkalien und deren Carbonate.	Zersetzung unter Bildung der entsprechenden Salze.	Fast unlöslich in Wasser.
Pro-targol:	Schwermetallsalze.	Zersetzung unter Abscheidung eines Niederschlages.	Stets frische und mit kaltem Wasser bereitete Lösungen verwenden und in dunklen Gläsern aufbewahren!
Sajodin:	Zutritt von Licht.	Gelbfärbung.	Unlöslich in Wasser und Alkohol, löslich in Chloroform und Benzol.
Salophen:	Alkalien.	Zersetzung.	Fast unlöslich in Wasser, leichter in Alkohol und Aether.
Somatose:	Aufbewahrung in der Nähe von riechenden Körpern.	Nimmt fremden Geruch an	Leicht löslich in Wasser.
Tanningen:	Ordination in warmem Vehikel oder Oblaten. Alkalien und Eisensalze.	Ballt sich in warmen Flüssigkeiten zusammen, wird durch Alkalien u. Eisensalze zersetzt.	Unlöslich in Wasser, löslich in Alkohol,
Theoclin. natrium acetic.:	Wie Agurin.	Zersetzung	Hygroskopisch; gut verschlossen aufzubewahren! Löslich in Wasser, unlöslich in Alkohol u. Aether.
Veronal:	Lösung in kalter Flüssigkeit.	—	In heisser Flüssigkeit lösen!

— Seine Erfahrungen mit den wasserlöslichen **Alcuentasalben** veröffentlicht R. Kamprath. Es ist Dr. K. Dieterich (Helfenberg) gelungen, durch feinste Bindung des Fettes mit Alkohol (daher der Name: Alkohol und Unguentum) eine Salbengrundlage zu schaffen, die wasserlöslich ist, das Medikament in denkbar feinsten Verteilung zu halten und die Wirkung des Alkohols als äusseres Arzneimittel voll zur Geltung zu bringen geeignet ist. Anstatt die Hautporen mit Fett zu verstopfen, schliessen die Alcuenta diese gleichsam auf und bereiten sie so zur Aufnahme des Medikamentes vor. Hauptsächlich benutzte Kamprath das Alcuentum Hydrargyri ($33\frac{1}{2}\%$ Hg), mit dem sehr gute Resultate erzielt wurden. Wie die Untersuchungen

zeigten, vermittelt das Alcuenum nicht nur das Eindringen bedeutender Mengen Hg, sondern diese Mengen werden auch in so winzige Partikelchen verteilt, dass sie spielend leicht in die Poren gelangen können. Man muss freilich bei der Applikation sich genau nach den Vorschriften richten, welche lauten: „Nachdem man mittels der Dispensierspritze — eine solche wird der Salbe beigegeben — die Salbe abgemessen hat, nimmt man einen Teil derselben und verreibt ihn auf der betreffenden Körperstelle. Hat die Salbe den Glanz verloren und ist sie trocken geworden, nimmt man die übrige Menge der Salbe und verreibt auch diese so lange auf der Haut, bis die Salbe eben anfängt trocken zu werden, so dass sie sich nicht mehr auf der Haut verreiben lässt, sondern sich zu kleinen Partikelchen zusammenballt. Sowie dieser Moment eingetreten ist, benetzt man die Finger oder die betreffende Hautstelle mit etwas Wasser und fährt nunmehr mit dem Einreiben fort. Nach abermaligem Trockenwerden benetzt man wiederum mit Wasser und setzt nun so lange fort, bis die Salbe ganz trocken geworden ist und nunmehr einen hellgrauen Schimmer auf der Haut zeigt. Es bleibt eine vollkommen trockene, lackartige Masse auf der Haut zurück, die in dieser Form auch die Wäsche nicht mehr beschmutzt. Es ist nicht notwendig, ganz bis zum Verschwinden der Salbe zu verreiben, da der letzte Rest kurze Zeit darauf von der Haut resorbiert wird. Die Hauptsache ist beim Trockenwerden der Salbe während des Verreibens die Befeuchtung mit Wasser.“ Auch Alcuenum kalii jodati und Alcuenum salicylicum hat Kamprath mit Erfolg benutzt und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Alcuenum wird leicht und vollkommen resorbiert. 2. Das Alcuenum Hydrargyri lässt sich in kürzerer Zeit und in geringeren Quantitäten einreiben als die gewöhnliche graue Salbe. 3. Die mit Alcuenum behandelten Stellen fallen nicht störend auf. 4. Folliculitis und Stomatitis fehlen immer. 5. Das Alcuenum-Hg beschmutzt die Hände nicht und lässt sich sehr leicht mit gewöhnlichem Wasser abwaschen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 11.)

- **Eine Modifikation der Esbachschen Eiweissprobe** gibt Dr. Kwilecki (Breslau) an. Er sagt: „Der Umstand, dass man bei Esbach einen Tag auf das Resultat warten muss, hat mich veranlasst, schon vor Jahren Versuche anzustellen, auf schnellerem Wege, dem Bedürfnis der

Sprechstunde entsprechend, den quantitativen Eiweissgehalt des Urins zu finden. Damals suchte ich dies durch Erhitzen und schnelles Abkühlen des Urins zu erreichen. Jetzt ist es mir gelungen, im Laboratorium des Herrn Geheimrat Prof. v. Leube bei Urinen bis zu 2 Prom. Eiweissgehalt in zirka zwei Minuten, bei höherem Eiweissgehalt fünf bis sechs Minuten, die Quantität des Albumens zu bestimmen. Der Apparat, der prompter als Esbach angibt, soll geschützt werden. Der Gang ist wie bei Esbach. Man füllt bis zur Marke U den Urin ein, der sauer sein muss, tut zehn Tropfen einer 10%igen Eisenchloridlösung dazu, mischt leicht durcheinander und füllt bis zur Marke R die Esbachsche Lösung. Dann wird gut verkorkt und nicht zu stark umgeschüttelt. Inzwischen wird in einem eigens dazu angefertigten Kochkolben Wasser bis zirka 72° C erwärmt und von der Flamme genommen, der gefüllte Apparat in den Kochkolben getan, jedoch so, dass das Wasser in diesem zirka 1 cm höher steht als die Flüssigkeit im Apparat. In kürzester Zeit beginnt das Eiweiss sich zu setzen, die darüber stehende Schicht ist klar und durchsichtig, und man kann in der oben angegebenen Zeit den Eiweissgehalt ablesen. Zum Schluss will ich noch bemerken, dass ich mit anderen Ingredienzien zu demselben Zweck Versuche gemacht habe, die aber nicht ein annähernd gutes Resultat ergeben haben.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 25.)

- **Gynoval ein neues Baldrianpräparat**, hat Dr. Hoeflmayer, Nervenarzt in München, mit bestem Erfolge angewandt. Das G. (dargestellt von den Friedr. Bayerschen Farbenfabriken in Elberfeld) ist der Isoborneolester der Isovaleriansäure, stellt eine farblose, neutrale Flüssigkeit von eigenartig aromatischem, aber bedeutend angenehmerem Geruche als die bisher hergestellten Baldrianpräparate und von mild-öligem Geschmacke dar. Es löst sich sehr schwer in Wasser, dagegen leicht in allen gebräuchlichen organischen Lösungsmitteln. Es wird von der Fabrik in smaragdgrün gefärbten, je 0,25 g G. enthaltenden Gelatineperlen gebrauchsfertig hergestellt. Weder beim Oeffnen einer eine Anzahl von 30 Perlen enthaltenden Schachtel, noch beim Durchbeissen einer solchen Perle tritt der die Baldrianpräparate sonst für den Pat. und seine Umgebung so unangenehm machende penetrante Geruch auf; Autor hatte ein grosses Versuchsquantum des ihm von der Fabrik zur Verfügung gestellten Präparates monatelang in seinem

Sprechzimmer stehen, ohne dass er selbst oder die doch meist mit einem überempfindlichen Geruchssinne ausgestatteten Nervenkranken irgendwie durch Baldriangeruch gestört worden wären. Dies allein schon dürfte dem neuen Präparat den Vorzug vor den bisher gebräuchlichen Baldrianpräparaten, die alle mehr oder weniger „katzeln“, sichern. Autor gab in der Regel vier bis sechs Perlen im Tag, immer zwei auf einmal nach dem Essen. Im ganzen hat er 24 Fälle mit G. behandelt. Aus diesen Beobachtungen ging die dem pharmakologischen Werte des neuen Mittels vollkommen entsprechende Tatsache hervor, dass wir in dem G. ein bei funktionellen Neurosen verlässlich, angenehm und unschädlich wirkendes Baldrianpräparat besitzen, das von den Kranken ohne jeden Widerwillen auch längere Zeit fort genommen wird. Seiner Natur nach musste es bei den Fällen, bei denen rein organische Veränderungen die subjektiven Beschwerden verursachten, versagen. Die in diesen Fällen negative Wirkung zeigt auch gleichzeitig, dass dem Mittel nicht ein rein suggestiver Erfolg zugeschrieben werden darf. Wenn dies aber bei einzelnen Kranken sogar der Fall gewesen, so würde diese Tatsache durchaus nicht gegen ein Mittel sprechen, das hauptsächlich bei Erkrankungen, die psychisch bedingt oder unterhalten werden, zur Anwendung kommen soll.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 21.)

- Ueber **Gynoval** berichtet auch Hofrat Dr. Röchling (Mysdroy): „Ich hatte nun Gelegenheit, das G. in zehn Krankheitsfällen anzuwenden, und zwar zweimal bei Herzneurosen, dreimal bei allgemeiner Reizbarkeit nach schweren Gemütsindrücken, bei bisher leidlich gesunden Frauen, dreimal bei nervösen Beschwerden im Klimakterium, endlich zweimal bei länger bestehender, mässiger Hysterie ohne Lähmungserscheinungen. In sämtlichen Fällen war gesteigerte nervöse Erregbarkeit vorhanden. Von der Wirkung des G. war ich im allgemeinen recht zufrieden. Die Dosis beträgt in der Regel dreimal täglich eine Kapsel, jeweils eine Stunde nach dem Essen, in der Regel drei Kapseln am Tage gegeben. Versagt hat es bei einer Klimakterischen und in dem einen Falle von Hysterie, wo die Betreffende, eine „naturheilkundige“ Krankenschwester, nach wenigen Tagen den Weitergebrauch ablehnte. In den anderen acht Fällen war eine sehr günstige Beeinflussung der gesteigerten Erregbarkeit unverkennbar und den Pat. schon nach wenigen Tagen deutlich fühlbar. Verdauungsbeschwerden

sind nach dem Gebrauche des Mittels nicht aufgetreten. Der Nachgeschmack bei etwaigem Aufstossen und der im Harn sich zeigende Geruch hat nicht belästigt. Soweit nach der kleinen Zahl von Fällen ein Urteil zulässig ist, dürfte das G. sich als ein verhältnismässig rasch und energisch wirkendes Baldrianpräparat best bewähren.“

(Die Heilkunde, Juni 1909).

- Ueber den therapeutischen Wert der Scharlachsalbe bei **Haut- und Geschlechtskrankheiten** veröffentlicht P. Auerbach die Erfahrungen, die in der Hautabteilung der Magdeburger Krankenanstalt gesammelt wurden, wo der Farbstoff Scharlach R sich bei verschiedenen Affektionen als recht wirksam erwiesen hat. „Was unsere Erfahrungen betrifft, so möchte ich zunächst betonen, dass wir von der 8%igen Salbe abgekommen sind, da sich in einigen Fällen ziemlich intensive Reizung einstellte. Wir benützen seit-her eine 4%ige Sch., verwenden aber dieselbe ausschliesslich und wechseln nicht nach 24 Stunden mit einer indifferenten Salbe ab, wie dies bisher geschah. Dabei hat sich niemals irgendwelche, auch geringere Reizung gezeigt und die Erfolge sind dieselben guten. Bei einem inzi- dierten Bubo und einem markstückgrossen Ulcus molle mit besonders starker Sekretion war die Sch. anfangs ohne jede Wirkung. Wir hatten den Eindruck, dass sie von dem massigem Sekret direkt weggespült wurde. Als jedoch die Sekretion nachgelassen hatte, fand auch in diesen beiden Fällen eine gute und rasche Ueberhäutung statt. Dann hatten wir noch einen Misserfolg bei multiplen Ulcera cruris infolge Varicen, bei dem der eine Unterschenkel wegen unheilbarer Ulcera schon amputiert war. In neun Fällen von Ulcus cruris mit zum Teil stark eitriger Se- kretion war der Erfolg ein sehr guter. Die Eiterung hörte schon nach 2—3 Tagen auf und Defekte von Fünf- markstück- bis Handtellergrösse waren in 14 Tagen bis vier Wochen mit kräftigem Epithel überzogen. Sieben Fälle von inzi- diertem entzündlicher Phimose zeigten rasches Nachlassen der entzündlichen Symptome und heilten bald mit guter Narbe. Auch bei den behandelten weichen Schankern fand eine raschere Abheilung als bisher statt. Ferner sahen wir gute Erfolge bei zwei Fällen von ter- tiärer Lues mit grossen Ulcerationen der Haut am Knie und auf dem Kopfe, die sich unter Schmier- und Lokal- behandlung wenig veränderten. Nach Anwendung der Sch. liess die Eiterung bald nach und es trat in drei bis

vier Wochen gute Heilung ein. Ein Lupus des ganzen Handrückens, der schon lange röntgenisiert wurde und wenig Heilungstendenz zeigte, war nach fünf Wochen bei gleichzeitig fortgesetzter Röntgenbestrahlung mit schönem Epithel überhäutet. Eine Vereiterung des Unterhautzellgewebes des oberen und unteren Lides nach Erysipel heilte nach Incision und Sch.-Behandlung gut und schnell ab. Schliesslich möchte ich noch zwei grosse decubitale Geschwüre bei einer Hemiplegie und einer amyotrophischen Lateralsklerose erwähnen, die auf der inneren Abteilung lagen. Der eine Decubitus am Kreuzbein war handteller-gross und zeigte stark eitrig-sekretion und atypische Wucherungen. Die Eiterung liess unter Sch.-Behandlung in zirka acht Tagen nach und in 2 1/2 Monaten war der lange bestehende und der bisherigen Therapie trotzend Decubitus geheilt.“ (Klinisch-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 24.)

- Die **Duschemassage** wird von A. Strasser und M. Berliner (Wien) warm empfohlen. Es ist ein sehr einfaches Verfahren, das jeder Arzt ausführen kann. Die zu behandelnde Körperstelle wird einfach unter fortwährender Berieselung aus einer Duscherosette effleuriert und geknetet. Die Dusche sei warm: 35—40° C., bei hartnäckigen Fällen bis 50° und darüber. Sitzungsdauer: 5—12 Minuten. Nachher werden die Körperstellen gut verhüllt und eine halbe Stunde möglicher Ruhe überlassen. Die Duschemassage eignet sich besonders für *Beschäftigungsneurosen* (Schreibkrampf, Klavierspielerkrampf, Näherinnenkrampf usw.) und *professionelle Neuritiden* (Medianusneuritis der Zigarrenarbeiter, Melkerkrampf u. dgl.).

(Monatsschrift f. d. physikalisch-diätetischen Heilmethoden 1909 Nr. 9.)

Bücherschau.

Von M. Joseph's **Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten** ist die 6. Auflage erschienen (Verlag von G. Thieme in Leipzig. Preis: Mk. 7,20). Schon nach zwei Jahren war die vorige Auflage vergriffen! Dies zeigt, welcher Beliebtheit sich dieses Werk erfreut. Wir haben dessen Vorzüge schon früher wiederholt hervorgehoben, und es braucht auch kaum gesagt zu werden, dass der Verfasser wieder

alle Errungenschaften des Gebietes aus den letzten zwei Jahren gebührend gewürdigt hat; der Wassermannschen Reaktion ist sogar ein eigenes Kapitel gewidmet. Auch diese Auflage wird sicherlich ebenso zahlreiche Leser finden, wie die vorangegangenen.

- Das **Diagnostisch-therapeutische Vademecum** von Schmidt, Friedheim, Lamhofer und Donat (Leipzig), Joh. Ambr. Barth, Preis: 6 Mk.) liegt in 9. Auflage vor, — ein beispielloser Erfolg! Fast alljährlich muss das kleine Buch neu aufgelegt werden, trotzdem zahlreiche ähnliche existieren. Die Vielseitigkeit des Inhaltes, die Klarheit und Präzision der Darlegungen, die Berücksichtigung des Praktischen bei der Auswahl und Bearbeitung des Stoffes, alle diese Momente haben dem Werke zu seinem Erfolge verholfen, der ihm sicher treu bleiben wird.
- Das neue Jahr naht, und mit ihm die *Medizinalkalender*. Der Börnersche **Reichs-Medizinal-Kalender** (G. Thieme, Leipzig) ist wohl jedem Arzte bekannt. Er ist wohl der inhaltsreichste Kalender, den wir haben, und der Preis (5 M.) in Anbetracht dessen, was hier geboten wird, ein geradezu auffallend geringer. Der Herausgeber (Prof. Dr. Schwalbe) ist alljährlich bemüht, praktisch wichtige Neuheiten hinzuzufügen, und so finden wir auch in dem Jahrgang 1910 manches Neue, manche Verbesserungen. Wer den Kalender einmal benutzt hat, wird ihn nicht mehr entbehren wollen. — Für diejenigen, welche nicht 5 Mk. für einen Kalender anlegen wollen, sei der Lohnsteinsche **Medizinalkalender** in Erinnerung gebracht (Berlin, O. Coblentz. Preis: 2 Mk.), der im 17. Jahrgang vorliegt. Auch dieser bringt eine Fülle von Wissenswertem und hat sich viele Freunde erworben, die ihn gern benutzen; die Redaktion sucht auch hier allenthalben den Inhalt zu bessern und zu erweitern, und so wird auch der Jahrgang 1910 alle Abnehmer zufriedenstellen.

Notiz.

Die heutige Nummer unseres Blattes enthält eine Beilage: „**Dysphagie**“?? von Dr. Horowitz, Berlin, auf die wir besonders hinweisen.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Interessante Berichte

über PITTYLEN.

Von selten der Herren Aerzte, die als Ersatz für Teer jetzt Pittylen und die Pittylenseifen verordnen, wird fortwährend ganz ausserordentlich günstig berichtet. So wird u. a. geschrieben,

dass „*das Pittylen bei ausserordentlich hartnäckigem Universalekzem, das jeder Behandlung trotzte, angewandt, nach 3tägiger Applikation das Ekzem zum Verschwinden brachte*“;

dass „*die Pittylenseife einer sehr empfindlichen Dame anvertraut werden konnte*“;

dass „*Pittylen jetzt allgemein in der Praxis verschrieben wird*“;

dass „*es sich andauernd gut bewährt*“;

dass „*man am meisten erfreut ist über die Pittylenkaliseife, durch deren Anwendung bei mehreren Fällen von Acne vulgaris mit starker angineurotischer Ueberempfindlichkeit der Haut, bei denen schon alles mögliche versucht worden war, ein vollkommener Erfolg erzielt wurde*“.

Die Mehrzahl der Herren Aerzte ist der Ansicht, dass

Pittylen besser ist als Teer

und dass in ihm zum ersten Male ein Präparat geboten wird, das berufen ist, in der Haut-Therapie die Stelle des Teers binnen kurzem einzunehmen.

Wir bitten die Herren Aerzte, welche Pittylen noch nicht kennen, Probemengen und Literatur von uns einzufordern.

Dresdener Chemisches Laboratorium
Lingner.

In allen Krankheitsfällen

ist Kathreiners Malzkaffee ein durchaus empfehlenswertes Getränk wegen seiner absoluten Indifferenz und seines aromatischen Wohlgeschmackes. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

„Siccator“

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50

Zu haben bei:

Hermann Ratsch, München, Bayerstr. 25

Asthmainhalations- Zerstäubungsmittel

nach Apotheker **Schoellkopf**,

ärztlich anerkannt und bestens empfohlen

bei asthmatischem Katarrh u. Asthma-Anfällen, Emphysem,
Asthma infolge Heuschnupfen und Krampfhusten.

Das zuverlässigste existierende Asthmamittel. Original-Packung Mk. 7.50;
kleine (Probe-) Packung Mk. 3.—; vorzügliche Spray-Apparate Mk. 7.50.

Literatur kostenlos. Zu beziehen durch das

Chemisch-pharmazeut. Laboratorium „Bavaria“, München.

Apotheker **R. Schoellkopf**. Original from

UNIVERSITY OF MICHIGAN

Eisentropen

Kraftnahrung mit Eisengehalt für
Blutarme, Bleichsüchtige, Nervöse
— und schwache Kinder. —
Außerordentlich wohlschmeckend.

== Auch in Tablettenform erhältlich. ==

Literatur und Proben kostenfrei durch

Troponwerke Mülheim a. Rh.



Warum **Kaisers Kindermehl**
eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis
1/4 kg-Dose 65 ¢

Proben gratis
1/2 kg-Dose 1.25.

Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R. -P.,
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

Dr. Walther Koch's „Praevalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-robrierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik
in Döhren bei Hannover.

Deutsch-Südtirol

Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

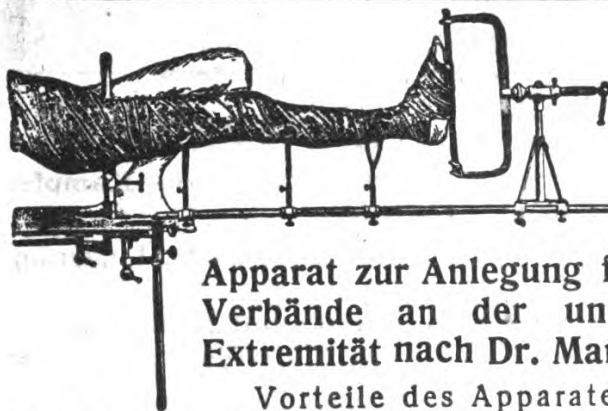
Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt

Lenicet
Euvaselin
Bleno-Lenicet-
Salben

Dr. R. Reiss'
Lenicet- u.
Euvaselfabrik
Charlottenburg 4

schwerlös-
essigsäure
Tonerde
in
Streupulvern,
Salben:
Chirurgie,
Dermatolog.
Ophthalmolog.
Gynaecolog.



Neuheit!

D. R. P. Nr. 193 523.

D. R. G. M. Nr. 329 682.

Apparat zur Anlegung fester
Verbände an der unteren
Extremität nach Dr. Manasse

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Opera-
tion von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
 2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
 3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
 4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.
- Preis Mk. 120.—.** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom
Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowerstr. 18/19,**
Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.

vergl.
„Zentralblatt
für
Chirurgie“
Nr. 18,
1908.

ohne
ärztliche
Assistenz.

Aus dem Quellniederschlage der Schwefelquellen des Königl. Bades Nenndorf, aus neutraler Seife und Lanolin, wird durch Pürieren hergestellt die überfettete

Nenndorfer Schwefelseife

Bestes kosmetisches Mittel bei unreiner Haut, Heilmittel bei nassen und trockenen Ausschlägen und Flechten, Psoriasis vulgaris, Sykosis, Pruritus, Furunculosis etc. etc.

Nenndorfer Mundwasser

ist gegen Stomatitis das wirksamste, angenehmste und billigste Mittel zur gründlichen Pflege des Mundes und der Zähne.

Zu haben in den Apoth., ev. durch Apoth. A. Jacobi, Bad Nenndorf b. Hannover.



**Laxin
Confect**

Abführende Fruchtpasten

von höchstem Wohlgeschmack und sicherer, milder Wirkung.

Original Dose (20 Stück) 1-Mark

Proben und Literatur gratis.
Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.

Prof. Dr. Soxhlet's

Nährpräparate:

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulverform in Dosen von 1/2 kg Inhalt zu 1,50 Mk.

Nährzucker-Kakao in Dosen von 1/2 kg Inhalt zu 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von 1/2 kg Inhalt 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von 1/2 kg Inhalt 2,— Mk.

Leicht verdauliche Eisenpräparate,
klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H. H. Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H.
in Passing bei München.

Albin

H₂O₂=Zahnpasta

stark desinfizierend und desodorisierend, dabei völlig
ungiftig. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, foetor ex
ore u. dgl.

Lactagol

Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten,
Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben
sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie
erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne
man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

XIX.
Jahrgang.

Einzelpreis 45 Pf.
Erscheint am Preis des Jahrgangs Mk. 5.—
Anfang eines jeden Monats. zuzüglich Porto.

№ 4.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Inhalts-Verzeichnis:

Agrypnie. — Anämien. — Anästhesie, Narkose. — Bronchitis. — Epilepsie. — Hyperidrosis. — Intoxikationen. — Neuralgien. — Pneumonie. — Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. — Ulcus cruris. — Vitia cordis. — Vermischtes.

Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzeneiweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. = Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2–6 Tabletten täglich. = Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes J. = Literatur und Proben kostenfrei.

Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Neu!

Neu!

fsurol

leicht wasserlösliches, reizloses
Quecksilberpräparat

für die Syphilistherapie

zur subkut. resp. intramuskulären Anwendung.

In Substanz à 1, 5, 10 g.

In Ampullen à 2 cem. 5% Lösung.

„Originalpackung - Bayer.“

Eine hypotonische Salzlösung

(Trockenrückstand 3,466300, Gefrierpunkt 0,220°)
stellt die „Kaiser-Friedrich-Quelle“ Offenbach a. M.,
dar und bewirkt bei reichlicherer Zufuhr **stär-
kere Durchspülung der Gewebe** und
infolgedessen **günstigere Ausscheidung
der Stoffwechselprodukte**. Der Gehalt
an Hydrokarbonat-Jon bedingt die Heilwirkung
auf katarrhalische Schleimhäute, der relativ hohe
Gehalt an Lithium-Jon den vielfach festgestellten
günstigen Einfluss auf **Gicht und harnsaure
Diathese**.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die
Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

SALEN.

D. R. P.

leicht resorbierbarer, geruchloser,
vollständig reizloser Salizylsäureester
zur externen Behandlung von Rheumatosen,
sowie bei akuten Gichtanfällen.

Rp. Salen. spir. aa 10,0 S. äusserlich.
Bei akuten Gichtanfällen: Rp. Salen. pur. 15,0 S. zum Aufpinseln.

SALENAL

Ungt. Salenae mit $33\frac{1}{3}\%$ Salen. pur.

Bequemste und billigste Anwendungsweise von Salen.

Kassenpraxis

Rp. 1 Originaltube Salenal (ca. 30 g entsprechen 10 g Salen. pur.)
M. 1,10.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz
der versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze zu Trinkkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

Dr. Ernst Sandow's Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch,

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20,
30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift
des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarrhal. u. entzündl. Augenerkrankungen,
sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.

Collargol

Eine konsequent durchgeführte Collargolbehandlung (Klysmen, Injektionen) heilt bei genügender Dosierung viele Fälle schwerster **Allgemeininfektion**. — Vollwertiger, ganz ungefährlicher Ersatz für **Höllenstein** bei allen **infektiösen Erkrankungen des Auges, der Blase und Urethra, des Rachens und Kehlkopfs, der Nase mit Nebenhöhlen.**

Tannismut

Darmadstringens mit rasch eintretender und lange anhaltender Wirkung bei **akuten und chronischen Diarrhöen**. Leicht zu nehmen, billig, gut vertragen. Verbindet Wismut- und Tanninwirkung.

Xeroform

Absolut **ungiftiges, reizloses, sterilisierbares Wundstreu-pulver**. Spezifikum bei **nässenden Ekzemen, Ulcus cruris, Brandwunden**.

Salit

Schnell schmerzstillendes und heilendes **Einreibemittel** bei **Rheumatosen**. Salit wird **unverdünnt** von der Haut vertragen.

Gastrosan

Vortreffliche Wirkung bei **abnormen Gärungs- und Fäul-niserscheinungen im Magen-darmkanal** mit ihren Folgezuständen, bei **Hypersekretionsbeschwerden** und bei **Katarrhen der Magen- und Darmschleimhaut**.

Creosotal „Heyden“, Duotal „Heyden“, altbewährte Heilmittel bei allen **infektiösen Krankheiten der Luftwege**.

Acetylsalicylsäure „Heyden“, in Pulverform und als Tabletten, die im Wasser sehr leicht zerfallen, **ausserordentlich billig und von vorzüglicher Qualität**.

Proben und Literatur kostenfrei.

(Wir bitten um Angabe der Anzeigen-Nummer: 10 G.)

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Gruetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Januar

XIX. Jahrgang

1910

Agrypnie. Ueber weitere Erfahrungen mit Isopral berichtet

Priv.-Doz. Dr. Wassermeyer (Psychiatrische und Nerven-klinik in Kiel). Obwohl die Dosis bei erregten Geistes-kranken mitunter eine hohe sein muss, wurden doch auch bei Gaben von 3 g keine üblen Nachwirkungen beobachtet. Für einfache A. genügen in der Regel 0,5—1,0 g. Von einer kumulierenden Wirkung hat Autor nie etwas be-merkt, ebenso wenig scheint eine Angewöhnung einzu-treten und eine Steigerung der Gaben notwendig zu werden. Es wurde ferner in mehreren Fällen von schweren or-ganischen Herzleiden I. verordnet, ohne dass dieses Schaden gebracht hätte. Ganz besonders bewährte sich I. bei Be-kämpfung von Kramp fzuständen. Es wurde per os in Oblaten oder in heisser Milch gegeben; wo diese Verab-reichung nicht angänglich war, wurden Isopralklystiere an-gewandt (3,0—5 g), die Wirkung bei *Status epilepticus* und *paralyticus* war stets eine prompte. Aber auch bei Behand-lung der einfachen *epileptischen Krämpfe* leistete das Mittel mitunter gute Dienste (0,5—1,0 g 2—3 mal täglich) und war als zeitweiliger Ersatz des Broms zu verwenden. Ganz besonders auffällig waren die bei *Chorea* erzielten Erfolge; es leistete ausgezeichnete Dienste, wenn die Un-ruhe so hochgradig wurde, dass Gefahr im Verzuge war, indem auf das Isopralklystier oft fast unmittelbar Schlaf oder Beruhigung eintrat.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 31.)

— **G. Likudi: Zur Frage der therapeutischen Bedeutung des Medinals.** Autor gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Das M. ist ein ziemlich sicheres Schlafmittel; 86 mal verordnet, ist es ohne besonderen Erfolg nur zweimal geblieben, und zwar waren es zwei Fälle mit stark (über 39°) erhöhter Temperatur von Erysipelas faciei.

2. Seine Wirkung ist milde: der Schlaf tritt allmählich ein und hat meistens einen ruhigen Charakter (schwerer Schlaf nur in drei Fällen: bei Erysipelas, Hysterie und Pleuritis exsud. d. mit erhöhter Temperatur).

3. Der Eintritt des Schlafes geschieht meistens in einer halben Stunde nach der Einnahme des M. Beschleunigt (15—20 Minuten) wird er, wie es scheint, durch allgemeine Schwäche des reagierenden Organismus; verlängernd dagegen wirken auf diesen Zeitraum allzu grosse Nervenirregbarkeit, hohe Temperatur (Erysipelas) und starke, mit Schmerzen verbundene Hustenanfälle.

4. Der Medinalschlaf dauert gewöhnlich 7—8 Stunden. Seine Unterbrechungen hängen von der grossen Nervosität oder von starken Hustenanfällen ab. Verlängert werden kann er durch Hinzufügung anderer Narcotica. Ausnahmsweise zweimal — bei einer chlorotischen, schwächlichen Kranken (nach 0,5) und bei Erysipelas im Stadium des Temperaturabfalls (nach 1,0) — wurde ein zehnstündiger Schlaf beobachtet.

5. Der Medinalschlaf scheint in der grössten Mehrzahl der Fälle nicht sehr tief zu sein, und das Erwachen am Morgen geschieht leicht.

6. Nebenwirkungen — Eingenommensein oder Schwere des Kopfes, Kopfschwindel und Kopfschmerzen — sind in 32% der beobachteten Fälle (bei acht Personen) notiert worden, und zwar: Eingenommensein des Kopfes in 28% (bei sieben Personen), Kopfschwindel in 12% (bei drei Personen) und Kopfschmerzen in 8% (bei zwei Personen) aller Fälle. Uebrigens vergingen diese unangenehmen Erscheinungen ziemlich schnell (in 2—3 Stunden) nach dem Aufstehen, und nur in einem Falle (Hysteria gravis), wo die Anlage zur Migräne vorhanden war, dauerten die Kopfschmerzen beinahe den ganzen Tag.

7. Ausser der schlafbringenden Wirkung besitzt das M. noch eine gewisse Beruhigungswirkung, kann also zum Teil auch als ein Sedativum für das Nervensystem betrachtet werden.

8. Es scheint, dass das M. auch im Sinne der Abkürzung der asthmatischen Anfälle wirken kann; auch der Hustenreiz (ohne Schmerzen) vermindert sich manchmal dabei. Diese interessante Eigenschaft des M. fordert übr-

gens noch mehrere und weitere Erfahrungen in einer grösseren Anzahl der Fälle.

9. Das M. wird ebensogut bei innerlicher (keine dyspeptischen Erscheinungen von seiten des Magens) wie bei rektaler (keine Reizung) Darreichung ertragen.

10. Die mittlere, schlafferzeugende Dosis des M. ist 0,5. Nur in den Fällen allzu grosser Nervenregbarkeit oder bei den an Narcotica gewöhnten Personen muss sie auf 1,0 gesteigert werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 45.)

Anämien. Erfahrungen mit einem neuen Arseneisenprä-

parat Asferryl veröffentlicht Hans Fries (Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt a. M.) Das neue Präparat A. ist ein grünlichgelbes Pulver, das in Wasser und verdünnten Säuren schwer, in verdünnten Alkalien dagegen leicht löslich ist. Es enthält 23% Arsen und 18% Eisen. Durch Tierversuche wurde von Bachem festgestellt, dass das A. 35mal ungiftiger als die arsenige Säure, und dem Arsengehalt nach zirka zehnmal ungiftiger als Acidum arsenicosum ist. Das A. ist als Eisensalz der Arsenweinsäure anzusprechen und kann auf verschiedene Weise dargestellt werden. Das A. kommt in Tabletten mit Schokolade oder Vanillezucker in den Handel und wird von dem chemischen Laboratorium Dr. C. Sorger in Frankfurt a. M. dargestellt. Die Tablette zu 1 g enthält 0,04 g A., demnach 0,01 Arsen. Ein Vorteil des Präparates liegt darin, dass bei der geringeren Giftigkeit desselben relativ grosse Mengen von Arsen dem Organismus auf ungefährliche Weise zugeführt werden können. Durch künstliche und andere Verdauungsversuche ist es ebenfalls Bachem gelungen festzustellen, dass das A. im Magensaft sich wohl löst, aber nicht gespalten wird. Die Tabletten werden von den Pat. gerne genommen und gut vertragen ohne jegliche Störung von seiten des Magendarmkanals. Desgleichen waren auch bei längerer Darreichung keinerlei schädigende Einwirkungen auf die Zähne zu bemerken. Hervorzuheben ist allerdings, dass man bedacht sein muss, die Tagesgabe von 1—2 Tabletten nicht zu überschreiten, da sonst Störungen des Verdauungstraktus entstehen; wie Autor auch selbst anfänglich Appetitlosigkeit, Kratzen im Hals, Magenschmerzen und Erbrechen verschiedentlich sich einstellen sah, aber nur infolge zu hoher Dosierung. Alle diese Beschwerden traten nicht mehr auf, sobald nicht mehr wie zwei Tabletten genommen wurden pro die. Am zweck-

10*

mässigsten erfolgt nach den bisherigen Erfahrungen die Medikation in der Weise, dass man mit zweimal täglich $\frac{1}{2}$ Tablette beginnt, nach 4—5 Tagen dreimal $\frac{1}{2}$ Tablette nehmen lässt und nach weiteren 4—5 Tagen auf zweimal eine Tablette täglich ansteigt. In gleichen Intervallen geht man wieder bis zu zweimal $\frac{1}{2}$ Tablette täglich zurück, um aufs neue wieder anzusteigen. Bei den in der angegebenen Weise durchgeführten Asferrylkuren traten nicht nur keinerlei Beschwerden mehr auf, sondern es zeigte sich auch schon nach kurzem Gebrauch eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens, der Appetit wurde gehoben, der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen ging in die Höhe, das Körpergewicht nahm zu. Durchgeführt wurde die Asferrylkur in der Mehrzahl der Fälle bei Chlorose, A. und Schwächezuständen verschiedener Art.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1909.)

- **Ein Beitrag zur Behandlung anämischer und Schwächezustände** von Dr. E. Schwarz (Wien). Die Heilung anämischer und chlorotischer Krankheitszustände gelingt um so leichter, ein je besseres Eisenpräparat wir in der Lage sind dem eisenarmen Organismus zuzuführen. Die gute Bekömmlichkeit des Eisens wird caeteris paribus in geradem Verhältnis zu seiner Assimilationsfähigkeit stehen. Von allen Eisenpräparaten scheint die leichteste Löslichkeit und Assimilationsfähigkeit die Verbindung des Ferro-Ammoniums mit Milchsäure zu besitzen, eine Eisenverbindung, die zum Unterschied von vielen anderen organischen Eisenpräparaten kein Eiweiss enthält. Das Eiweiss wurde von dem Darsteller des neuen Präparates, das er „Feolathan“ nannte, vermieden, in der Erkenntnis, dass bei Zuführung eiweisshaltigen organischen Eisens das Eisen erst wirksam wird, nachdem der Organismus durch verdauende Tätigkeit das Eiweiss abgespalten hat. Diese unproduktive unnötige Spaltungsvorarbeit sollte dem Verdauungstraktus bei Zuführung von „F.“ erspart bleiben. Schwarz hat ausgedehnte Versuche an zahlreichen Pat. mit „F.“ angestellt, und wie es bei der günstigen Resorptionsmöglichkeit zu erwarten war, in allen Fällen vorzüglichste Bekömmlichkeit für Magen und Darm konstatiert. Dadurch wurde erreicht, dass bei stetigem Steigen des Hämoglobingehaltes der Appetit rege blieb und eine Gewichtszunahme eine konstante Begleiterscheinung der Therapie war. Diese gute Bekömmlichkeit ist ein eminent wichtiger Heilfaktor, der das „F.“ in die erste Reihe der

besten Eisenmittel bringt. Schwarz sagt: „Es (das „F.“) scheint den meisten Eisenpräparaten gegenüber in seiner leichten Verdaulichkeit und daher guten Bekömmlichkeit einen nicht zu unterschätzenden Vorteil zu bieten, da es auch in Fällen gegeben werden kann, in welchem andere Eisenpräparate nicht vertragen werden. Auch das fällt noch ins Gewicht, dass man beim „F.“ keinerlei Nebenerscheinungen beobachten konnte.“ Gegeben wird „F.“ in Pillenform dreimal täglich 2—3 Stück. Diese Darreichungsform ist den meisten Pat. angenehmer, als das Einnehmen von flüssigen Eisenpräparaten, bei welchem sie immer befürchten, „dass die Zähne angegriffen werden“. Das „F.“ wird von der Firma „Goedecke & Co., Berlin“, in den Verkehr gebracht. (Österr. Ärzte-Zeitung 1909 Nr. 19.)

- Auch Dr. L. Winternitz (Heilanstalt Michaelerbad, Wien-Währing) empfiehlt **Feolathan** warm. Ueberraschend schnell steigert das Präparat den Hämoglobingehalt des Blutes, die Zahl der Blutkörperchen und den Blutdruck. Auch die klinischen Erscheinungen der A. bessern sich zusehends. (Wiener klin. Rundschau 1909 Nr. 47.)

- Mit **Arsen-Haematose** hat Dr. K. Zingher (Arbeiterkrankenhaus Ebergassing) sehr günstige Resultate erzielt. Das von Apotheker Paul in Graz hergestellte Präparat hat folgende Zusammensetzung:

Organisches Eisen	0·04 %	} als glycerophosphor. Salze
Phosphor	0·15 %	
Alkaloide (Chinin usw.)	0·05 %	} der cort. Chinae Calys. Succirub.
Arsenik	0·005 %	
Extraktivstoffe	16·0 %	} tanninfrei aromatisiert.
Dalmatiner Wein	100·0 %	

Das wohlschmeckende, leicht verdauliche, nicht teure Präparat regt in hervorragender Weise den erschlafte[n] Organismus an, hebt die gesunkene Ernährung, belebt die darniederliegende Funktionsfähigkeit des Zentralnervensystems. (Wiener klin. Rundschau 1909 Nr. 47.)

Anästhesie, Narkose. Ein neuer Handgriff für die **Narkose** wird von Dr. Walter Kühl (Altona) angegeben: Der sogen. Kieler Handgriff bei der N., der von

v. Esmarch und Heiberg angegeben wurde und im Vorschieben des Unterkiefers besteht, hat den Nachteil, dass er nur schwer längere Zeit mit einer Hand ausgeführt werden kann. Lexer empfiehlt daher auch dem Narkotiseur (Lehrb. der allg. Chirurg. Bd. I, p. 86), den Kopf mit dem einmal vorgeschobenen Kiefer nach rechts gegen seine linke Brustseite zu stützen, wodurch die rechte Hand zum Narkotisieren frei bleibe. Diese Methode hat

1. den Nachteil, dass der ständige Ueberblick über das Gesicht des Kranken erschwert wird und

2. dass man die Stellung bei eingetretener Asphyxie aufgeben resp. wechseln muss.

3. ist es bei manchen Narkosen nötig, durch eine Kugelzange oder einen durchgezogenen Faden das Zurücksinken der Zunge zu verhindern, was unnötige Verletzungen und Schmerzen zur Folge hat.

Es empfiehlt sich deshalb folgende Methode, die diese Nachteile zu vermeiden sucht: Bei Beginn der N. stellt sich der Narkotiseur am besten zu Häupten des liegenden Kranken, legt sodann einen Zipfel des Handtuches, das man zu jeder N. braucht, hinter die Schneidezähne des Unterkiefers — um einer Verletzung der Zunge durch diese vorzubeugen —, zieht darauf mit zwei Fingern der rechten Hand oder mit der Zungenzange, die nach dem Gebrauch sogleich wieder entfernt wird, die Zunge des Kranken in die Höhe vor der Zahnreihe, und drückt sie hinter ihr mit der Fingerbeere des linken Daumens gegen den Boden der Mundhöhle an, während sich der Mittelfinger derselben Hand aussen unter das Kinn legt, um einen Stützpunkt zu gewinnen. Dabei ruht der Ellenbogen des Narkotiseurs neben dem linken Ohre des Kranken, um nicht müde zu werden. Gleichzeitig übt man einen gelinden Zug nach aufwärts aus, und hebt so zugleich Unterkiefer und Zunge. Die Wirkung ist dieselbe wie die, die der Kieler Handgriff bezweckt: die Luftwege werden frei. Das Vorziehen der Zunge vor die Zähne empfiehlt sich erstens des sicheren Haltens wegen, zweitens wird dadurch auch ein Anheben des Zungengrundes gewährleistet. Die Gefahr des Abbeissens der Zungenspitze ist nur theoretisch vorhanden, in praxi liegt der Daumen des Narkotiseurs zwischen der Zunge und den Zähnen des Oberkiefers. Gibt man den Handgriff auf, dann sinkt die Zunge von selbst zurück. Die Vorteile des Handgriffes bestehen:

1. in dem Vermeiden der obenerwähnten Nachteile des Kieler Handgriffs. Insbesondere bleibt der Ueberblick über das Gesicht des Kranken ständig frei.

2. Er erleichtert es, ein Zurückfallen der Zunge sofort zu erkennen und von vornherein zu verhindern, ohne dass durch Fassen der Zunge und Kiefernverschieben erst Zeit verloren wird.

3. Er lässt den Arzt durch das Gefühl seines Daumens sofort erkennen, wenn der Kranke aufwachen will; die Zunge zuckt, die Masseteren drücken durch die — an den Gliedern schon lange bekannte — Muskelspannung die Kiefer zunächst sanft, dann kräftiger aneinander, während der Druck mit dem Tieferwerden der N. verschwindet. — Das ist wichtig bei den N., in denen, wie jetzt mit Recht vielfach üblich, vorher Morphinum gegeben wurde. Dann ist bekanntlich die Kontrolle an der Pupille des Kranken unmöglich, und statt ihrer wird bei diesem Handgriff das Gefühl des Arztes als Wegweiser für die Tropfendosierung herangezogen.

4. Wird die Atmung schlechter, so genügt ein einfaches Anheben, und die Luftwege sind frei oder können ohne Zeitverlust sehr leicht mit dem Stieltupfer gereinigt werden, da die Zunge nicht im Wege ist wie bei anderen Methoden.

5. Ist eine Asphyxie eingetreten, so behält der Narkotiseur ruhig seinen Handgriff bei; hebt eventuell aber noch etwas mehr an. Dabei kann er ohne weiteres zum Becken des liegenden Kranken hintreten, während ein anderer vom Kopfe her die künstliche Atmung ausführt. — Bei leichter Asphyxie genügt eventuell das rhythmische Komprimieren des Thorax von oben her durch die rechte Hand des Narkotiseurs, der dann natürlich am Kopfe stehen bleibt. In seinem Werte bei der Behandlung der Asphyxie kommt der Handgriff dem von v. Bergmann angegebenen nahe, der empfahl, mit dem Zeigefinger über den Zungenrücken und die Epiglottis bis unter das Zungenbein hinunter zu greifen und es kräftig nach vorne und oben zu ziehen.

6. Was die angegebene Methode aber besonders empfiehlt, das ist ihre Einfachheit: der Handgriff lässt sich überall mit Leichtigkeit anwenden. — Statt des die Zahnreihe deckenden Handtuches kann man irgend etwas sonst nehmen, ein Taschentuch, einen Hemdzipfel, eine Bettlackenecke usw. In der Not kann sich auch der Finger

des Arztes schützend zwischen die Zähne und den Zungenboden legen.

Dass der Arzt sich vorher gründlich die Hände wäscht, ist selbstverständlich, eventuell empfiehlt sich der Gebrauch eines Gummifingerlings, der jedoch durch seine Glätte störend wirken kann. — Einem etwaigen Mazeriertwerden der Daumenhaut durch den Speichel beugt man bei längerer N. durch ein Umwickeln mit einer anderen Ecke des Handtuches vor. Das Gefühl für das Zucken und den Kieferdruck wird dadurch nicht beeinträchtigt. Auch ein Wechsel der Hand des Narkotiseurs ist leicht möglich. Indiziert ist der Handgriff.

1. in allen den Fällen der Atembehinderung während der N., die bisher den Kieler Handgriff und das Vorziehen der Zunge nötig machten;

2. bei Trachealrasseln, um das Austupfen zu erleichtern.

Kontraindiziert ist er:

1. wenn er nicht wirklich nötig ist, weil oft auch ein einfaches Seitwärtsdrehen des Kopfes ausreicht, um die Luftwege frei zu machen.

2. wenn der Kranke aufwachen will und anfängt zu schlucken.

3. bei habitueller Kieferluxation.

Bisher hat sich mir das Verfahren in einer ganzen Reihe von N. gut bewährt, so dass ich es weiterer Nachprüfung empfehlen möchte.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 31.)

- R. Frank, **Erfahrungen über das Narkotisieren.** In der Arbeit heisst es: „Die Ueberlegung, dass im Vorstadium der N. die psychischen Aufregungszustände die Gefahr der Synkope bedingen können, hat mich dazu geführt, seit einer Reihe von Jahren einen eigenen Vorgang beim Narkotisieren zu beobachten, der, wie ich zu behaupten berechtigt zu sein glaube, die Aufregungszustände auf ein Minimum herabsetzt und damit wohl auch die Gefahr der Synkope zu verringern imstande ist. Für die Richtigkeit meines Vorgehens spricht die Erfahrung, dass ich seit vielen Jahren keinen eigentlichen Narkosetodesfall zu beklagen habe, obwohl die Zahl der N. an meiner Abteilung eine beträchtliche ist. Wenn man aber auch dieses Ergebnis vielleicht als einen glücklichen Zufall bezeichnen und nicht auf Rechnung der Art des Narkotisierens setzen könnte, so bleibt doch die Tatsache, dass die fast völlige

Ausschaltung der Aufregungszustände dem Pat. ein gutes Teil der Unannehmlichkeit der N. erspart, der Vorgang jedenfalls ein humaner ist und dass auch das oft unangenehm anzusehende Bild des Narkosevorstadiums für die Umgebung wesentlich gemildert wird. Die Narkotisierungsmethode besteht darin, dass ich prinzipiell die Pat. sich selbst narkotisieren lasse. Ich sage dem Pat., Sie werden sich selbst narkotisieren, niemand wird Sie halten oder zwingen, Sie sind vollständig frei, Sie halten sich selbst den Korb und zählen ruhig und laut, wenn Sie sich an den Geruch des Chloroforms gewöhnt haben, dann halten Sie sich den Korb näher. Auf diese Weise gelingt es fast ausnahmslos, den Pat. ohne psychische Erregung bis ins Exzitationsstadium zu bringen; erst wenn dieses eintritt, kommt der Narkotiseur in Aktion und übernimmt den Korb. Wenn das Exzitationsstadium wenig ausgeprägt ist, so bringt sich der Pat. selbst bis in die N. Das Selbsthalten des Korbes gibt dem Pat. eine Beschäftigung, welche ihn ablenkt und beruhigt, das Fehlen jeden Zwanges nimmt ihm die Angst. Sehr sprechend zeigt diese Narkotisierungsmethode ihre gute Wirkung auch bei Kindern; es gelingt nämlich fast immer, die Kinder dazu zu bringen, sich selbst zu narkotisieren. Die meisten Kinder setzen sich dazu auf, halten sich den Korb schön vor, schauen in denselben hinein, um die versprochenen Reiter aus demselben hervorkommen zu sehen, und narkotisieren sich ohne Schwierigkeit, ohne dass man genötigt wäre, sie zu halten oder zu bändigen, ein Vorgang, der immer höchst peinlich anzusehen ist. Während sich der Pat. narkotisiert, soll der nebenstehende Narkotiseur mit dem Pat. in stetigem Rapporte bleiben, ihn zum Zählen aufmuntern, ihn loben: sehr gut, sehr brav machen Sie es, zählen Sie nur weiter, halten Sie den Korb näher, das Klopfen in den Schläfen, das Hämmern im Kopfe, das Herzklopfen gehört dazu usw. Ich will nicht sagen, dass dieses Vorgehen des sich selbst Narkotisierens bei allen Pat. notwendig wäre; es gibt ruhige Pat., bei welchen es vielleicht gleichgültig ist, wie man narkotisiert, die auch ein weniger schonendes Vorgehen ohne Schaden vertragen. Bei sehr furchtsamen, aufgeregten, nervösen Pat., bei Alkoholikern und Kindern aber wird man die besten Erfahrungen damit machen. Da alle Chirurgen zugeben werden, dass man meist nicht voraus weiss, welcher Pat. für Narkosezufälle prädisponiert ist, so ist es immerhin ratsam, in allen Fällen den gleichen Vorgang zu beob-

achten. Das Narkotisieren dauert nicht länger, wenn sich der Pat. selbst narkotisiert, als mit sonst üblichen Methoden.“

(Wiener klin. Wochenschrift 1909 Nr. 22.)

Bronchitis. Bei **chronischer B.** mit starker Sekretion empfiehlt Dr. A. Bulling einen sehr bequemen Weg, um die Kranken einer lange dauernden Inhalation gasförmiger Arzneistoffe auszusetzen, ohne ihn dabei anzustrengen. Man gibt auf 6—8 Stückchen Löschpapier, die man an verschiedenen Stellen des Zimmers legt, je 2—3 Tropfen folgender Mischung:

Rp. Menthol.

Eucalyptol. aa 2,5

Ol. Terebinth.

Ol. juniper.

Ol. pin. pumil. aa 5,0.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 14.)

Epilepsie. Ueber neueré Behandlungsmethoden der **E.** lässt

sich Ob.-A. Dr. Bratz (Städt. Anstalt f. Epileptische in Wuhlgarten) aus und spricht besonders über das *Sabromin*. Er fasst seine Ansichten wie folgt zusammen: „Die Tablettenform des S. ist zeitweilig für Epileptiker eine angenehme Verordnung, besonders zu empfehlen für Reisen. S. macht erheblich weniger Hautaffektionen als die Bromalkalien. In den Fällen, wo eine günstige Wirkung des Bromkalis oder der Erlensmeyerschen Mischung erreicht ist, wo aber die Fortführung dieser Medikation durch Hautaffektionen erschwert ist und wo Arsen und die übliche Hautpflege uns im Stich lassen, in diesen häufigen Fällen wird man die Bromalkalien durch S. ersetzen. Was die Menge des darzureichenden S. betrifft, so werden die antiepileptischen Wirkungen von 6 g Bromkali mit 4 g S. erreicht. S. wird am besten in der Stunde nach den Mahlzeiten gegeben. Da 4 g S. etwas weniger als die Hälfte von 4 g Bromkali enthalten, aber so wirksam sind wie 6 g Bromkali, so wird hier die gleiche antiepileptische Wirkung mit etwa $\frac{1}{3}$ Bromeinführung erzielt. Der Grund dieser bedeutsamen Tatsache ist noch nicht klargelegt.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 27.)

— Bei leichteren Fällen von E. hat — W. Altvater macht diese Mitteilung — man in der psychiatrischen Klinik in Rostock mit **Bromglidine** recht günstige Erfolge erzielt, ebenso

bei *Neurasthenie*, *Hysterie* und ähnlichen funktionellen Krankheiten. Die Tabletten liess man in Milch nehmen, wo der Geschmack gut verdeckt wird.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 36.)

- Kellner, **Zur Behandlung der E.** (Aus der Hamburger Idioten- und Epileptiker-Anstalt Alsterdorf). K. ist bis heute ein grosser Freund der Flechsigschen Opium-Bromkur geblieben, mit der er sehr zufriedenstellende Erfolge erzielt hat. Er ist nie genötigt gewesen, die Kur abubrechen, hat nie einen Opiumkollaps erlebt. Treten Appetitverlust und Erbrechen ein, so gebe man salicylsaures Wismut, lasse die Kranken einige Tage im Bett und gebe kein warmes Fleisch, sondern kaltes Geflügel, Schinken u. dgl. K. hat 61 Kranke auf diese Weise durch die 50 Opiumtage hindurchgebracht, allerdings fast ausnahmslos mit einem Gewichtsverlust von 10, 15 und mehr Pfunden. Zur Kur gehört freilich eine sehr ruhige Lebensweise, Fernhaltung aller Unruhe und Aufregung, weshalb Anstaltsbehandlung am besten ist, freilich müssten es Anstalten für geistig gesunde Epileptiker geben, wo jede Berührung mit verblödeten Leidensgenossen wegfiel. Dringend anzuraten ist ferner, die Kur nach zwei Jahren zu wiederholen, auch wenn in dieser Zeit kein Anfall mehr vorgekommen ist. Notwendig ist endlich der über Jahre auszudehnende weitere Gebrauch des Broms. Gegen Bromakne hat R. am besten folgende Verordnung gefunden:

Rp. Resorcin.

Pulv. Amyl.

Zink. oxyd. aa 4,0

Vaselin. 12,0.

Je früher die Flechsigsche Kur eingeleitet wird, desto besser die Resultate. Aber auch bei Spätepileptikern und erheblich Belasteten kann man nachhaltige Besserungen erreichen, weshalb K. rät, bei jedem geistig gesunden Epileptiker die Kur zu versuchen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 25.)

- **E. als Unfallfolge anerkannt.** Darüber schreibt Prof. Dr. Windscheid, leitender Arzt des „Hermann-Hauses“, Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft, zu Stötteritz bei Leipzig: „Dem Schiedsgericht für Arbeiterversicherung im Eisenbahndirektionsbezirk zu H. habe ich unter dem 3. August 1908 über den damals

32 $\frac{1}{2}$ Jahre alten früheren Hilfsheizer O. F. aus H. nach vorausgegangener dreiwöchiger klinischer Beobachtung folgendes Gutachten erstattet: „F. hat am 15. Dezember 1906 dadurch einen Unfall erlitten, dass ihn die Tür einer Lokomotive an die linke Brust traf. Nach Gutachten des Bahnarztes Dr. B. stellte sich eine Reizung des Rippenfelles ein. F. hat einige Tage gearbeitet, dann begab er sich in Behandlung und nahm Mitte Januar 1907 die Arbeit wieder auf. Da aber von neuem Brustschmerzen eintraten, musste er im März 1907 seinen Dienst ganz aufgeben. Um diese Zeit, Genaueres ist nicht zu ermitteln, stellten sich zum ersten Male Krampfanfälle ein. Im Juli 1907 war F. in Behandlung von Prof. B. in H. wegen eines Augenleidens. im August 1907 wird er gleichfalls in H. an einem Nasenleiden operiert. Die Königliche Eisenbahndirektion bewilligte F. für die Unfallfolgen auf Grund eines Gutachtens von Dr. B. eine Rente von 50 % vom 16. Dezember 1907 ab. F. legte dagegen Berufung ein und beanspruchte die Vollrente. Geh.-Rat R., der ihn auf dem Schiedsgericht untersuchte, stellte eine Anzahl nervöser Symptome fest und empfahl Beobachtung in einer Nervenklinik, woraufhin F. dem Hermann-Hause überwiesen wird. Bei der Aufnahme gab er an, der Vater sei mit 54 Jahren an einer Lungenentzündung gestorben, die Mutter lebe und sei gesund. Er ist der vierte von sechs Geschwistern und will früher niemals krank gewesen sein. Von 1898—1901 hat er bei der Marine gedient und den Feldzug gegen China mitgemacht. An Unfällen hat er 1902 einen Knöchelbruch, 1906 eine Quetschung des rechten vierten Fingers erlitten; Rente erhält er für keinen der beiden Unfälle. Alkohol will er immer nur in sehr geringen Mengen genossen haben. Seine Klagen bei der Aufnahme waren: Bei anstrengenden Arbeiten sowie beim Gehen Beklemmungen in der linken Brustseite, Herzklopfen und Kopfschmerzen. Ab und zu werde ihm schwarz vor den Augen, dann verlöre er das Bewusstsein und fiele hin. F. ist mittelgross, kräftig gebaut, das Körpergewicht beträgt nackt 63,5 kg. Psychisch macht er einen etwas zärtlichen Eindruck, die Antworten erfolgen langsam. Ueber dem linken Scheitelbein befinden sich zwei alte, glatte Narben aus der Jugendzeit, sonst nichts Abnormes am Schädel. Die Pupillen sind klein, reagieren gut auf Lichteinfall und Nahesehen. Augenbewegungen, Augenhintergrund, Farbensinn normal, die Sehschärfe beträgt rechts 3/20, links 6/7,5. Das rechte Gesichtsfeld ist kon-

zentrisch eingeengt, das linke normal. Geruch, Geschmack und Gehör zeigen keine Abweichung von der Norm. Die Zunge ist frei beweglich, weicht beim Herausstrecken etwas nach rechts ab; sie zeigt dabei ein geringes Zittern. Die Wirbelsäule ist gerade, frei beweglich, nirgends klopfempfindlich. Am Brustkorb äusserlich nichts Abnormes, die linke Seite bleibt beim Atemholen etwas zurück. Die Lungen sind gesund, das Herz nicht vergrössert, die Töne sind rein. Puls 76, regelmässig. Die Unterleibsorgane sind ohne Besonderheiten, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Arme und Beine sind frei beweglich, die Muskelkraft ist gut, Druck am Dynamometer rechts 42, links 44. Die Kniescheibensehnen- und die Fusssohlenreflexe sind erhöht, die Reflexe an den Bindehäuten und am Gaumen vermindert. Auf der linken Körperseite besteht Verminderung der Hautempfindlichkeit gegen Berührung und Schmerz. Bei Fussaugenschluss geringes Lidflattern. Hautnarrhöten bei Bestreichung mit einem stumpfen Gegenstande ist mittelstark vorhanden. — F. war ein durchaus ruhiger, bescheidener Pat., der niemals besonders stark klagte. Er bot immer ein stilles Wesen dar, auch unter den Mitpat., und hielt sich meistens für sich. Es konnten im ganzen vier Krampfanfälle ärztlich beobachtet werden, die alle den ausgesprochenen Typus der E. trugen. Nach ihnen war F. immer sehr matt und klagte über starke Kopfschmerzen. Die Untersuchungen des Nervensystems ergaben als dauernd vorhanden Zungenzittern, Erhöhung der Kniescheibensehnen- und Fusssohlenreflexe, Verminderung der Reflexe an den Bindehäuten und am Gaumen sowie als neues, nach der Aufnahmeuntersuchung hinzugegetretenes Symptom etwas Händezittern; nicht ganz konstant waren vorhanden das Lidflattern bei Fussaugenschluss sowie die Gefühlsstörungen, die zeitweise ganz fehlten, zeitweise sich nur auf das linke Bein beschränkten. Die linke Brustseite blieb bei der Atmung immer zurück, die Lungen erwiesen sich dauernd als gesund. F. hat um ein Pfund an Gewicht abgenommen. Er wurde regelmässig mit leichteren Hausarbeiten beschäftigt. — F. hat durch seinen Unfall eine Quetschung der linken Brustseite erlitten, die sich auch jetzt noch in einem Zurückbleiben bei der Atmung zeigt, offenbar hat er dabei noch Schmerzen und schon die vom Unfalle betroffene Brusthälfte. Die Lungen sind gesund, Rippenfellreizung ist nicht mehr nachzuweisen. Die Untersuchung des Nervensystems ergibt einige Symptome, die auf eine leichte Alteration im Sinne

einer Nervenschwäche hindeuten, wie sie sehr wohl mit dem Unfalle in Beziehung gebracht werden kann. Ausserdem leidet F. an Anfällen, von deren epileptischer Natur wir uns ärztlich zu wiederholten Malen überzeugen konnten. Vor dem Unfalle sind sie sicher nicht vorhanden gewesen, sonst würde F. auf keinen Fall Soldat geworden sein und den Chinakrieg haben mitmachen können; auch nach der Entlassung vom Militär sind sie noch nicht vorhanden gewesen, da F. sonst keinesfalls bei der Eisenbahn würde angestellt worden sein. Ihr erstes Auftreten fällt wahrscheinlich in die Zeit vom März bis April 1907, also ein Vierteljahr nach dem Unfalle. Ein Zusammenhang der epileptischen Krämpfe mit dem Unfalle lässt sich mit absoluter Sicherheit nicht beweisen. Man muss bedenken, dass F. noch in den Jahren steht, in denen die genuine E. auch ohne jede äussere Ursache auszubrechen pflegt als die Folge einer epileptischen Veranlagung. Es kann daher die Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, dass die Anfälle auch ohne dass sich der Unfall ereignet hätte, bei F. ausgebrochen wären. Auf der anderen Seite muss man aber zugeben, dass die offenbar nicht ganz leichte Kontusion der Brust, die nach Aussage des behandelnden Arztes zu einer Rippenfellreizung geführt hat, den Anlass zum Ausbruch der E. darstellen kann; vielleicht bestehen an der verletzten Brusthälfte doch innerlich irgendwo Narben, die einen Reiz auf das Gehirn ausüben. Jedenfalls ist ärztlich eine sichere Entscheidung nicht zu treffen, wenn auch mir persönlich die Entstehung der epileptischen Krämpfe infolge des Unfalles mehr Wahrscheinlichkeit zu haben scheint, als die andere Möglichkeit. Wird der Zusammenhang der Anfälle mit dem Unfalle abgelehnt, so bleibt nur der durch den Unfall bedingte allgemeine nervöse Zustand entschädigungspflichtig, dann ist die gewährte Rente von 50% sehr reichlich bemessen. Wird der Zusammenhang aber anerkannt, so muss F. wegen der E. als völlig arbeitsunfähig betrachtet werden. Ein Mensch mit solch gehäuften und schweren Krämpfen, wie wir sie beobachten konnten, ist nicht in der Lage, einen lohnbringenden Verdienst zu erwerben.' Die Königl. Eisenbahn-Direktion zu H. erkannte hierauf den Zusammenhang zwischen der bestehenden E. und dem Unfalle ohne weiteres an und bewilligte dem F. die Vollrente.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 40.)

Hyperidrosis. Imprägnierung der Stoffe mit Formalde-

hydalkohol ist nach Dr. K. Gerson (Schlachtensee) eine sehr zweckmässige Methode zur Behandlung der H. Autor schreibt über sein Verfahren: „Die Fussteile der Strümpfe werden, nachdem sie gewaschen und getrocknet sind, mit 10%igem Formaldehydalkohol intensiv befeuchtet, ausgewrungen und zum Trocknen aufgehängt. Während des Befeuchtens und Auswringens der Strümpfe wendet man das Gesicht ab, um ein Brennen der Augen durch das Formaldehyd zu vermeiden. In längstens einer Stunde sind sie trocken, weil der Alkohol schnell verdunstet. Da das zurückbleibende Formaldehyd mit dem Gewebe des Strumpfes eine chemische Bindung eingeht, so ist dessen Verflüchtigung nicht sobald zu erwarten und ein imprägnierter Strumpf auch nach längerer Aufbewahrung wirksam. Man verfährt daher wohl am zweckmässigsten so, dass man zu Anfang jeder Woche die Füsslinge von je drei Paar Strümpfen — für eine Woche ausreichend — übereinander gelegt in Formaldehydalkohol tränkt. Zu widerraten ist bei dieser Behandlung ein allzuhäufiges, mehr als dreimal wöchentliches Baden der Füsse. Das Baden muss abends vor der Nachtruhe geschehen, damit der vom Baden zurückbleibende Wassergehalt der Fuss-haut während der Nacht verdunsten kann und die Füsse vor dem Anziehen der imprägnierten Strümpfe möglichst trocken sind. Durch Baden am Morgen kurz vor dem Anziehen der Strümpfe würde infolge des grösseren Wassergehaltes der Füsse die schweisshemmende Wirkung des Formaldehydes abgeschwächt. Der starke Geruch schwindet bei dieser Behandlung, indem die Bildung der den Geruch bedingenden flüchtigen Fettsäuren durch das Formaldehyd, wenn auch wahrscheinlich nicht ganz verhindert, so doch bis zur Geruchlosigkeit abgeschwächt wird. Das Formaldehyd verringert vermöge seiner schweisshemmenden Kraft eine profuse Schweissbildung und verhindert infolge seiner bakteriziden Kraft die durch Kleidungsstücke bedingte Zersetzung des Schweisses. Ist der Strumpf mit Formaldehyd imprägniert, so wird die bakterizide Wirkung des Formaldehyds eine Zersetzung des Schweisses verhindern. Nach meinen Erfahrungen ist die keimtötende Kraft des Formaldehyds stärker, als seine schweisshemmende, weil zu Beginn der Behandlung sofort der üble Geruch schwindet, die Schweissbildung aber oft erst nach einigen Tagen geringer wird. In schweren Fällen genügt eine 10%ige Formalinlösung nicht, sondern eine 20%ige.

Man verschreibt also für hartnäckige Fälle:

Formaldehyd (40%) 100,0,
Spir. rectific. ad 500,0.

Der Zusatz 40% im Rezept ist notwendig, um jeden Irrtum seitens des Apothekers auszuschliessen. Um die Haut zunächst einmal auszutrocknen, empfiehlt es sich, die frisch in Formaldehydlösung getränkten Strümpfe die Pat. feucht anziehen zu lassen. Am andern Morgen sind dann Strümpfe und Füsse trocken. Solche Massregel ist aber bei mittelschweren Fällen überflüssig. Da genügt meist schon eine Imprägnierung der Fussteile mit 10%igem Formaldehydalkohol

Rp. Formaldehyd (40%) 50,0,
Spir. vin. rectific. ad 500,0

bei dreimaligem Bade und Strumpfwechsel wöchentlich. In praxi pauperum verschreibt man nur Formaldehyd (40%) 100,0, resp. 50,0 DS. zum Auflösen und lässt die Pat. die Lösung zu 500 g = $\frac{1}{2}$ l Spiritus rectific. hinzugiessen. Die H. manuum verlangt im allgemeinen eine gelindere, wenn auch nachhaltige Behandlung. Dieses bei jedem Händedruck fühlbare Leiden kann man durch fortgesetztes Tragen imprägnierter Handschuhe unterdrücken. Eine 5%ige Formaldehydalkohollösung genügt in der Regel. Doch tut man gut, etwas Eau de Cologne zuzusetzen:

Rp. Formaldehyd (40%) 25,0
Spir. colon. 20,0
Spir. rectificat. ad 500,0.

In hartnäckigen Fällen wird eine 10%ige Lösung und das nächtliche Tragen der imprägnierten, noch feuchten Handschuhe verordnet. Glacéhandschuhe werden von der Imprägnierung ebensowenig angegriffen, wie Tuchhandschuhe. Der H. universalis, einer häufigen Begleiterscheinung der Neurasthenie, der Anämie, des Rheuma und der Phthise, aber auch als selbständiges Leiden bei sonst ganz gesunden Personen auftretend, begegnet man wirksam durch Imprägnierung dünner Unterjacken. Von erschöpfenden Nachtschweissen gequälte Phthisiker tragen diese Unterjacken auch nachts, die anfangs täglich gewechselt werden. Eine 10%ige Formalinlösung genügt in der Regel.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 34.)

Intoxikationen. Zur Kasuistik der Waschblauvergiftung

schreibt Dr. H. Příbram (Medizin. Klinik in Prag): „Zu den am seltensten zu Vergiftungszwecken verwendeten Substanzen — in der Literatur liegt, so weit ich dieselbe übersehen konnte, keine diesbezügliche Mitteilung vor — gehört das Waschblau. Dieses ist chemisch im wesentlichen Ultramarin, das durch Glühen von Ton, Glaubersalz oder Soda, Schwefel und Kohle dargestellt wird. Die Konstitution desselben ist unbekannt, über die empirische Formel ist desgleichen noch keine Einigkeit erzielt worden, doch genügt für die folgenden Betrachtungen die Zugrundelegung einer der am meisten angenommenen Formeln. Nach dieser ist die Zusammensetzung folgende: $2 (2 \text{ SiO}_2 \cdot \text{Al}_2\text{O}_3 \cdot \text{Na}_2\text{O}) + \text{Na}_2\text{S}_2$. Das gegen Licht und Luft beständige Pulver wird durch Säuren leicht zersetzt nach der Formel: $2 (2 \text{ SiO}_2 \cdot \text{Al}_2\text{O}_3 \cdot \text{Na}_2\text{O}) + \text{Na}_2\text{S}_2 + 18 \text{ HCl} = 4 \text{ Si (OH)}_4 + 2 \text{ Al}_2\text{Cl}_6 + 6 \text{ NaCl} + \text{H}_2\text{S} + \text{S}$. Aus dieser Reaktionsformel geht hervor, dass von den bei oraler Einverleibung entstehenden Substanzen der Schwefelwasserstoff das giftige Prinzip darstellt, der durch Einwirkung der Magensalzsäure entstehen kann, dass somit die Ultramarinvergiftung unter dem Bilde der Schwefelwasserstoffvergiftung verlaufen muss, und dass nur grosse Dosen Giftwirkung entfalten können. (Aus 20 g Ultramarin kann nach obiger Formel 1 g H_2S entstehen.) Noch deutlicher spricht für die relative Ungefährlichkeit des Ultramarins folgende Rechnung. Zur Zersetzung von 80 g Ultramarin ist 76 g HCl nötig; nun kann die unter normalen Verhältnissen zur Verfügung stehende Magensalzsäure weniger als $\frac{1}{2}$ g Ultramarin zersetzen, aus denen etwa 0,02 g H_2S sich entwickeln können. Da von dem entstandenen Schwefelwasserstoffgas nur ein Teil zur Resorption gelangt, ein Teil durch Ruktus entleert wird, ein grosser Teil der Substanz jedoch durch Peristaltik oder Antiperistaltik den Magen unzersetzt verlässt, ist deutlich zu ersehen, dass auch grosse Mengen von Ultramarin nicht toxische Wirkung entfalten müssen. In Uebereinstimmung mit diesen theoretischen Betrachtungen sind tatsächlich zwei auf unserer Klinik beobachtete Vergiftungsfälle günstig verlaufen. 1. Pat. Marie K., 33jährige Bäckerwitwe, wurde am 8. August 1905 auf die Klinik aufgenommen. Die früher stets gesunde Frau hatte am Aufnahmstage 2—3 g Waschblau in Milch zu sich genommen. Sie wurde mit 6 Liter Wasser ausgespült. Das Spülwasser zeigte keinen besonderen Befund. Im Harne waren keine patho-

logischen Bestandteile. Die Untersuchung der Kranken ergab: leises l. Geräusch an allen Ostien, an der linken Lungenspitze etwas verschärftes Atmen, Abdomen nicht druckschmerzhaft; im übrigen normale Verhältnisse. Die Temperatur war dauernd normal. Ausser Kopfschmerz und Schwächegefühl hatte Pat. keine subjektiven Beschwerden. Sie wurde am 11. August entlassen. — 2. Pat. Franziska J., 21jähriges Dienstmädchen, wurde am 16. März 1909 aufgenommen. Pat. war ausser einer vor 14 Jahren durchgemachten Pleuritis stets gesund. Am Abend vor der Aufnahme hatte sie 80 g Waschblau in Wein zu sich genommen. Sie klagt über Magenschmerzen, hatte jedoch nicht erbrochen. Etwa 15 Stunden nach dem Vergiftungsversuch kam sie auf die Klinik und wurde mit 5 l Wasser ausgespült. Das Spülwasser war farblos. Der somatische Status am Aufnahmestage ergab: leichte Rötung im Rachen, keine Aetzungserscheinungen. Der erste Ton an der Herzspitze unrein. Leichte Druckschmerzhaftigkeit in der Magengegend. Sonst normaler Befund. Im Harne war eine geringe Spur Eiweiss, Indikan leicht vermehrt, sonst keine pathologischen Bestandteile. Der nach Darreichung eines Wasserklysmas entleerte Stuhl war blau, entfärbte sich jedoch nach Salzsäurezusatz unter Schwefelwasserstoffentwicklung. Die Blutuntersuchung ergab: 4,730.000 rote, 7800 weisse Blutkörperchen, 60% Fleischl = 8,4 g Hämoglobin. Im Jennerpräparate kein pathologischer Befund. Am 19. März wurde Pat. entlassen. — Wir sehen somit, dass das Waschblau eine zum mindesten ziemlich ungefährliche Substanz darstellt, der, trotzdem sie sehr leicht für jedermann zugänglich ist, keine wesentliche Rolle unter den gewerblichen Vergiftungen zukommt. Immerhin ist es nicht ausgeschlossen, dass bei der Einverleibung sehr grosser Dosen gelegentlich Vergiftungserscheinungen auftreten könnten, die dann nach dem Typus der Schwefelwasserstoffvergiftung verlaufen müssten.“

(Prager med. Wochenschrift 1909 Nr. 25.)

- Ueber **seltene Nebenerscheinungen bei akuter Morphinumvergiftung** schreibt Dr. Martin Hirschberg (R. Virchow-Krankenhaus Berlin): „Vor kurzem hatten wir Gelegenheit, eine akute M. zu beobachten, die wegen ihrer eigentümlichen Nebenerscheinungen ein allgemeineres Interesse beanspruchen dürfte. Es handelte sich um einen 29jährigen Mann, der seit ungefähr einem halben Jahre Morphinum subkutan nimmt. Er bereitet sich die Lösung

selbst im Verhältnis von 1:100 und injiziert sie sich teils in den rechten Oberschenkel, teils in den linken Oberarm. Die Veranlassung zu diesem ständigen Morphinumgebrauch ist dauernde Schlaflosigkeit. Aus seiner Anamnese ist wichtig, dass er zweieinhalb Jahr zuvor nach einer Stichverletzung am linken Arm eine Gasphegmone bekam, deren Inzisionen an ausgedehnten Narben am linken Unterarm kenntlich sind. An diese Erkrankung schlossen sich andere septische Erscheinungen, wie Mandelabszesse, diffuse Gelenkerkrankungen und eine in Schrumpfniere übergegangene akute Nephritis; diese hatte ihn im Verein mit Herz- und allgemeinen nervösen Beschwerden zum Invaliden gemacht. In der Nacht vor seiner Einlieferung hatte er, da er absolut nicht schlafen konnte, sich eine besonders grosse Dosis Morphinum einverleibt, wie er angibt, sechs Spritzen seiner selbst bereiteten Lösung. Wenige Stunden danach stellte sich ein schwerer komatöser Zustand ein, in dem der Pat. dem Krankenhause überwiesen wurde. Bei seiner Aufnahme befand er sich noch im Koma, die Pupillen waren ad maximum verengt, die Atmung oberflächlich, die Herztöne leise, der Puls leidlich gefüllt, 100—120, regelmässig, die Temperatur normal. Neben diesen charakteristischen Zeichen bestand nun eine in ihrem Bilde sehr verschiedenartige Affektion der Haut. Die linke Gesichtsseite war, genau mit der Mittellinie abschneidend, erheblich ödematös geschwollen; auf der Höhe der Schwellung, in der Schläfengegend, war eine blassrote, gegen die Umgebung scharf abgegrenzte Stelle von Kleinhandtellergrösse sichtbar. Solche Herde fanden sich an verschiedenen Stellen des Körpers: Am Rumpf in der Gegend der siebenten bis achten Rippe links zwei talergrosse Herde, weniger zirkumskript als im Gesicht, die untereinander durch einen blassroten Streifen verbunden waren, der genau dem Verlauf des achten Interkostalnerven entsprach. Diese beiden kreisförmigen roten Herde zeigten im Zentrum eine leicht livide Verfärbung und waren zum Unterschiede von der Effloreszenz im Gesicht von einem entzündlichen Oedem begleitet mit deutlicher Exsudation und feinsten Blutextravasaten. Solche Effloreszenzen waren zerstreut, kleiner oder grösser, mit mehr oder weniger Exsudation an den Streckseiten beider Arme und Hände und den unteren Extremitäten. Ein dritter Typus dieses Erythems fand sich über beiden Patellen, den äusseren Malleolen und an den Fussrücken. Diese Herde zeigten keine Exsudation, waren nur durch eine

bis markstückgrosse zirkumskripte Röte ausgezeichnet und verschwanden auf Druck, ohne Hinterlassung einer Farbveränderung der Haut. Von diesen Effloreszenzen konnten getrennt werden die Hautveränderungen, welche auf die Injektionen selbst zurückzuführen waren; das waren an der medialen Fläche des rechten Oberschenkels kleine Sugillationen ohne Infiltration und entzündliche Veränderungen. Schwieriger zu deuten war eine erhebliche ödematöse Schwellung des linken Armes, auf dessen Streckseite sich flächenhafte, aus einzelnen feinen Blutaustritten gebildete Sugillationen fanden. Was nun den weiteren Krankheitsverlauf anbetrifft, so machte etwa nach 8—10 Stunden der komatöse Schlaf einer allmählich sich steigenden motorischen Unruhe Platz. Der Pat. begann auf Anruf zu reagieren, stöhnte, klagte über lebhafte Schmerzen im ganzen Körper, äusserte diese auch besonders bei passiven Bewegungen seiner Extremitäten, insbesondere der linken, und bei Druck auf die erythematösen Stellen. Nach Ablauf von 24 Stunden war das Bewusstsein völlig wiedergekehrt, der Pat. konnte auf Befragen leidlich Antwort geben, obwohl er noch ausgesprochene Neigung zum Schlafen an den Tag legte. Da er angab, spontan keinen Urin lassen zu können, und die Untersuchung einen Hochstand der Blase ergab, wurden mittels Katheter nach Ueberwindung des recht erheblichen Sphinkterwiderstandes ungefähr $\frac{3}{4}$ Liter gleichmässig sanguinolenten Urins entleert. Es fanden sich im Urin etwa $\frac{1}{2}\%$ Albumen, im Sediment rote Blutkörperchen, granulierte und hyaline Zylinder; Zucker und Pentosen fehlten. Morphinum konnte chemisch nicht nachgewiesen werden. Die Blasenschwäche hielt noch ungefähr 36 Stunden an, bis Pat. spontan Stuhl und Urin entleerte; letzterer enthielt noch einige Tage länger makroskopisch sichtbares Blut; Albuminurie und Zylindrurie blieben bestehen. Es wurde bereits bei der Beschreibung des Erythems auf zwei Erscheinungen hingewiesen, die einen Einfluss der Intoxikation auf periphere Nerven erkennen liessen; das genau halbseitige Oedem der linken Gesichtshälfte, das ganz den Eindruck eines angioneurotischen Oedems machte, und der erythematöse Streifen im Verlauf des achten Interkostalnerven. Dieser Zusammenhang wurde noch deutlicher durch eine Schwäche in der Bewegung des linken Fusses, die sich nach Ablauf von zwei bis drei Tagen nach der Aufnahme zu einer kompletten Lähmung des linken Peroneus ausbildete. Ausser dieser Affektion stellte sich zur selben

Zeit am linken Oberarm, dessen Streckseite, wie bereits erwähnt, die ödematöse Schwellung mit den flächenhaften Sugillationen aufwies, unter Zurückgehen dieser Erscheinungen eine Parese des N. radialis ein, die dem Kranken das Strecken der Finger unmöglich machte und die Dorsalflexion der linken Hand sehr erschwerte. An der rechten Hand entwickelte sich gleichzeitig eine deutliche Schwäche der vom Ulnaris innervierten Finger, des fünften, vierten und angedeutet auch des dritten Fingers, die beim Schliessen zur Faust deutlich zurückblieben. Diese Affektionen blieben streng auf die angegebenen Nerven beschränkt und sind wohl als Folge neuritischer Prozesse der Nervenendigungen aufzufassen, die ihrerseits wieder mit der Lokalisation der exsudativen Erytheme eine gewisse Kongruenz zeigten; denn links, dem Sitz der Radialislähmung, fanden sich erythematös exsudative Herde an der Streckseite des Unterarms, rechts, wo die isolierte Ulnarisparese bestand, war ein Herd an der ulnaren Seite der Hand; am linken Unterschenkel, an dem der Peroneus ergriffen war, befand sich eine besonders grosse Effloreszenz hart am lateralen Rand der Tibia. Die elektrische Prüfung der befallenen Nerven ergab normale Erregbarkeit des rechten Ulnaris und des linken Peroneus, während der linke Radialis weder faradisch noch galvanisch reagierte. Die Sensibilität bot im Bereich der befallenen Nerven geringe, aber deutliche Störungen. Die Haut der linken Extremitäten zeigte im Innervationsgebiet des Radialis und Peroneus eine Herabsetzung der Schmerzempfindung. Rechts waren analgetische Bezirke an der ulnaren Seite der Hand, am fünften, vierten und der entsprechenden Seite des Mittelfingers. Völlige Anästhesie bestand am Rumpf entsprechend dem Verlauf des achten Interkostalnerven, der durch den bereits erwähnten erythematösen Streifen als affiziert kenntlich war. Die erythematösen Herde heilten unter lamellöser Abschuppung und zum Teil unter Zurücklassung eines noch längere Zeit bestehenden gelblichen Farbentons. Die Nervenerscheinungen bestehen jedoch noch jetzt und gehen nur langsam unter elektrischer Behandlung zurück. Das ganze vielgestaltige Krankheitsbild hatte soviel von dem Typus der gewöhnlichen Morphinvergiftung Abweichendes, die schweren Nebenerscheinungen beherrschten den klinischen Eindruck so erheblich, dass ihr ursächlicher Zusammenhang mit der verhältnismässig geringfügigen Giftzufuhr zunächst zweifelhaft erschien. Dazu kam noch, dass einige der Hauterscheinungen die Vermutung auf-

kommen liessen, dass sie traumatischer Natur bzw. durch die Injektionen selbst entstanden wären. Besonders waren es die bereits erörterten flächenhaft ausgedehnten Sugillationen im Verein mit dem Oedem des linken Armes, die ein Trauma als Ursache hätten annehmen lassen, wie denn überhaupt das vorzugsweise Befallensein der linken Seite: das Oedem im Gesicht, die Affektion am linken Arm und die besonders grosse exsudativ-erythematöse Stelle an der Streckseite des linken Unterschenkels sehr auffallend waren. Ein Trauma, beispielsweise ein Fall, hätte wohl ausgereicht, die Hautblutungen am linken Arm zu erklären, doch keinesfalls könnte man annehmen, dass ein Trauma für die Ausbildung so isolierter Lähmungen, wie sie im Bereich des Radialis und Peroneus bestanden, in Betracht komme, zumal am Unterschenkel keine Zeichen einer traumatischen Einwirkung vorhanden waren. Ebenso wenig konnte das genau halbseitige Oedem des Gesichts mit seinem zirkumskripten Erythem als Reaktion auf eine äussere Gewalteinwirkung aufgefasst werden. Noch weniger Wahrscheinlichkeit hat die Annahme, dass die einzelnen Hauterscheinungen als unmittelbare Folge der an den verschiedenen Körperstellen vorgenommenen Injektionen entstanden sein könnten. Letztere waren, wie bereits erwähnt, am rechten Oberschenkel durch kleine sugillierte Herde kenntlich und vollkommen von den anderen Effloreszenzen zu unterscheiden; sie entsprachen genau der Angabe des Pat., dass er für die in Frage kommenden Injektionen nur den linken Oberschenkel benutzt habe. Es bleibt noch zu erwähnen, dass sowohl der Pat. als besonders seine Angehörigen, die von Beginn der Erkrankung bis zu seiner Aufnahme auf die Station ihn beobachtet hatten, einen Fall oder sonst ein Trauma absolut negierten. Nach alledem konnten wir nur die plötzlich gesteigerte Morphinzufuhr für die geschilderten Krankheitserscheinungen verantwortlich machen, die so zu erklären wären, dass das Gift multiple entzündliche Herde im Verlauf peripherischer Nerven setzte. Diese feinen neuritischen Prozesse fanden ihren Ausdruck in vasomotorischen Erscheinungen der Haut, die als Erytheme teils mit, teils ohne Exsudation, als Oedeme und feinste Blutextravasate auftraten, und führten an den Extremitäten zu partiellen motorischen Lähmungen von verschiedener Ausdehnung und zur Beeinträchtigung bzw. Aufhebung der Berührungs- und Schmerzempfindung. Das Zusammenreffen derartiger nervöser Erkrankungen mit konsekutiven

Veränderungen der Haut ist als Intoxikationserscheinung an sich nichts Ungewöhnliches. Ungewöhnlich sind diese Erscheinungen nur im Anschluss an eine akute Morphinumvergiftung, von der man annimmt, dass sie nie zu Nervenkrankungen im peripherischen Gebiet führt. In der älteren Literatur sind zwar vereinzelte Fälle beschrieben, in denen skarlatinöse, urtikarielle Exantheme, auch Erytheme sich an grosse Morphinumgaben anschlossen, es ist mir aber nicht gelungen, einen dem unsern analogen Fall zu finden. Wenn hier auch ein wichtiger Faktor in der Diagnose, nämlich der chemische Nachweis des Morphiums in Urin und Faeces, fehlt, so ist die Anamnese und der klinische Befund, die maximale Pupillenverengung, der etwa 36stündige Schlaf, die vorübergehende Blasen- und Mastdarmparese für eine Morphinumvergiftung so beweisend, dass wir auf den Ausfall der chemischen Untersuchung glaubten kein grosses Gewicht legen zu müssen. Da die geschilderten Nebenerscheinungen im Anschluss an die ungewöhnlich grosse Morphiumeinnahme mit den anderen Intoxikationserscheinungen zeitlich zusammenfielen und andere ätiologische Momente auszuschliessen waren, so ist man wohl berechtigt, aus der Beobachtung des vorliegenden Falles den Schluss zu ziehen, dass unter Berücksichtigung individueller Disposition in vereinzelten Fällen eine akute Morphinumvergiftung zu erheblichen Schädigungen peripherischer Nerven und der Haut führen kann.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 31.)

Neuralgien. Drei Fälle von Neuralgie des N. trigeminus geheilt durch innere Galvanisation der Mundhöhle. Vorläufige Mitteilung. Von Dr. V. Vitek, Nervenarzt in Prag: „In den letzten Monaten hatte ich Gelegenheit gehabt, drei Fälle von Neuralgie des N. tr. in Behandlung zu übernehmen, bei denen sich mir in wenigen Tagen eine bisher nicht benutzte Methode (soviel mir nach der Literatur bekannt ist) ausserordentlich günstig erwiesen hat. Besonders die rasche Ausheilung der ersten zwei Fälle, in denen die Neuralgie ungemein hartnäckig und schwer war, ermutigt mich, von meinem Verfahren eine Mitteilung zu machen behufs einer Probe, ob auf diesem Wege eine raschere Linderung der oft grausamen Schmerzen erzielt werden könnte. Im ersten Falle handelte es sich um einen 65jährigen Mann, ehemaligen Bauer, der an einer schweren Neuralgie des zweiten und dritten Astes des rechten N. tr. schon mehrere Monate litt, bevor er

zu mir kam. Als Ursache seines Leidens liess sich mit grosser Wahrscheinlichkeit Arteriosklerose bezeichnen. Die Schmerzanfälle waren so heftig, dass der Kranke immer bei denselben mit den Zähnen knirschte, und wiederholten sich beinahe jede zehn Minuten; der Ausdruck des Gesichtes verriet ein grosses Leiden. Ich habe gleich die Galvanisation der einzelnen Aeste des betreffenden Nerven unternommen, und zwar, wie es üblich ist, mit der Anode am Foramen infraorbitale und inframaxillare, wo sich ja auch die *Puncta dolorosa* bei dieser Neuralgie finden. Aber trotzdem das Elektrisieren täglich zweimal durchgeführt wurde, verminderten sich die Schmerzen nur in dem Sinne, dass die ruhigen Pausen sich verlängerten, die Intensität der Anfälle blieb jedoch beinahe dieselbe. Ich überlegte nun, ob es nicht wirksamer sein würde, wenn ich den zweiten und den dritten Ast des Tr. vom Inneren der Mundhöhle aus mit dem galvanischen Strome behandelte, und zwar über dem Foramen infraorbitale und an der inneren Seite des Unterkiefers bei der *Articulatio mandibularis*, wo der N. *mandibularis* gemeinschaftlich mit dem N. *lingualis* verläuft, bevor er in den *Canalis mandibularis* eintritt. Ich benutzte zu diesem Zwecke anfangs eine improvisierte Elektrode und liess etwa fünf Minuten lang die Anode an den oben erwähnten Stellen in der Mundhöhle wirken mit Intensität von 1, später 1,5 M.-A. Ausserdem strich ich auch die Elektrode über die ganze Schleimhaut der Wange, vermied jedoch den Strom während des Elektrisierens zu unterbrechen. Der Erfolg war beinahe überraschend. Schon während der ersten drei Tage liess die Neuralgie so bedeutend nach, dass der Kranke imstande war, ohne jegliche Schmerzen zu essen und zu schlafen; die Anfälle stellten sich nur noch in grossen Pausen ein und waren kurz und schwach. Nach einer Woche verschwand die Neuralgie vollständig. Eben- solche Erfahrung wie in dem eben erwähnten Falle machte ich noch bei zwei anderen Fällen, bei denen es sich ebenfalls um eine Neuralgie des zweiten Astes des Trigemini handelte, und bei denen ich dieselbe innere Anwendung des galvanischen Stromes versuchte. Der Erfolg war in diesen beiden Fällen glänzend, und beide Neuralgien waren binnen weniger Tage völlig verschwunden. Bei diesen letzteren Fällen benutzte ich eine eigene, speziell dazu konstruierte Elektrode, die aus einem längeren, mit Hartgummi isolierten Halter besteht, der am Ende mit einer leicht gebogenen kurzen Schaufel versehen ist. Ich erklärte

mir die rasche und ausgiebige Wirkung durch die leichte Zugänglichkeit der beiden Aeste des Tr. in der Mundhöhle selbst, wo das Eindringen des Stromes in den Nerven durch die histologische Beschaffenheit der Schleimhaut selbst leichter geschieht, wodurch auch die heilende, wahrscheinlich elektrolytische Wirkung leichter erzielt wird, als wenn der Strom erst die Haut und die Muskeln durchdringen muss, bevor er den Nerv trifft. In der letzten Zeit versuchte ich mit meiner Elektrode auch eine Neuralgie des ersten Astes (Supraorbitalis) mit dem galvanischen Strome zu bekämpfen, und zwar zuerst unter dem Lide, also direkt auf der Conjunctiva bulbi in der Nähe des Foramen supraorbitale, dann über der Haut des Lides und des erwähnten Foramen. Die hartnäckige, mehrere Monate dauernde und allen anderen Eingriffen trotzende Neuralgie verschwand während weniger Wochen. Selbstverständlich muss man bei dieser Methode mit Vorsicht vorgehen, um eine Aetzung der Conjunctiva bulbi durch den elektrischen Strom zu vermeiden. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, die innere und äussere Anwendung zu kombinieren und unter dem Lide nur kleine Intensitäten (höchstens bis zu 0,5 M.-A.) zu benutzen, die Elektrode fortwährend zu bewegen und anfangs nur eine Minute unter dem Lide zu verbleiben. Aeussere Galvanisation des Lides kann länger dauern, und kann man auch 1 M.-A. überschreiten, besonders wenn man mit der Elektrode Bewegungen macht, ohne sie selbstverständlich von der Haut abzuheben.

(Neurolog. Zentralbl. 1909 Nr. 14.)

- Zur **Differentialdiagnose der peripheren Ischias** schreibt Privatdozent Dr. S. Erben (Wien): „I. ist die häufigste Diagnose, wenn wir über Schmerz in einem Bein zu urteilen haben. Die voll ausgebildete I. ist leicht zu erkennen, sie hat eine charakteristische Lokalisation des Schmerzes, sehr häufig bestimmte Punkte, die auf Druck schmerzen, auch lässt sich der Schmerz durch verschiedene Einstellungen (Laséquesche Anordnung, Bonnetsche Anordnung, Fajersztainscher Versuch, ebensolcher von Bechterew) steigern; ich selbst habe vor Jahren auf die Temperaturherabsetzung am Knie des betroffenen Beins hingewiesen. Alle genannten Symptome reichen aber nicht aus, um eine teilweise entwickelte I. oder die in Rückbildung begriffene Krankheit genügend zu kennzeichnen und von einem Heer von Affektionen auseinander zu halten, unter welchen ich entsprechend der Häufigkeit

aneinanderreihe: die Coxitis rheumatica, die Meralgia par-aesthetica, die Beinschmerzen bei manchen Tabikern, Paralytikern oder bei der milde verlaufenen Meningomyelitis. Differentialdiagnostisch kommen noch in Betracht die Pseudoneuralgie der Hysterischen, die Schmerzen bei Diabetes, chronischem Alkoholismus, bei Trichinose, Pseudotriginose (interstitiellen Muskelprozessen), der Angiosklerose in den Muskeln, bei den chronischen Gelenksaffektionen des Fusses, der Tarsalgie, Achillodynie, dem Plattfuss und den mehrsitzigen gichtischen Ablagerungen. Mit Recht klagt Oppenheim, bei Schmerz im Bein wird „die I. entschieden zu häufig diagnostiziert.“ Ich wurde auf zwei Merkmale aufmerksam, die bei Schmerz in einem Bein alle eben aufgezählten Krankheiten ausschliessen und nur für I. sprechen. Nur die Ischiadiker reagieren mit Schmerz bei Aktionen der Bauchpresse; wenn auf Husten und Niesen Schmerz in der Wade oder im Gesäss auftritt, so besteht sicher eine I. und die ganze Gruppe der Beinschmerz produzierenden Krankheiten kommt ausser Betracht. Es findet sich schon vereinzelt in Krankengeschichten oder Darstellungen erwähnt, dass manchmal Schmerzparoxysmen beim Husten oder Stuhlentleerungen veranlasst werden, doch ist bisher nirgends der differentialdiagnostische Wert, der in diesem Momente innewohnt, erkannt und ausgesprochen worden. In keinem Falle von Beinschmerzen soll diese anamnestische Erhebung unterbleiben. Zweimal traf ich Schmerzen im Bein, welche auf Husten stärker wurden, ohne dass es sich um I. handelte. Das eine Mal ging mich ein Kollege, der diesen Kunstgriff in meinen Vorlesungen gelernt hatte, um mein Urteil an, da er trotz Schmerzsteigerung durch die Bauchpresse von der I. nicht ganz überzeugt war. Der Kranke hatte Schmerz im Gesäss. Ich griff an die Schmerzstelle und tastete dort eine harte, knotenförmige Resistenz. „Da sitzt ein Neoplasma in der Tiefe“, sagte ich. Der Kollege ergänzte nun die Anamnese, dass dem Kranken seit fünf Jahren Papillome in der Blase abgezwickt werden, da er sich nicht radikal operieren lassen wolle. Es handelte sich um einen Blasentumor, der durch das kleine Gefässloch durchgewachsen war. Ein zweites Mal war es Schmerz im Gebiete des Ischiadicus und Cruralis bei einer Matrone. Drüsentumoren in inguine brachten mich auf die Fährte, dass das kleine Becken von Karzinommassen ausgefüllt ist, nachdem vierzehn Monate vorher eine Totalexstirpation des Uterus nötig gewesen war. In beiden Fällen war der Schmerz,

welcher sich durch Husten steigerte, nicht in genauer Uebereinstimmung mit dem Verlaufe des Ischiadicus; das gab den Fingerzeig für eine örtliche Untersuchung der Schmerzstelle und für die angeführten Palpationsbefunde. Die vordrängende Hernia cruralis oder obturatoria dürfte gleichfalls Schmerz im proximalen Teile des Oberschenkels erzeugen, welcher beim Husten sich steigert. Ein zweites Kennzeichen für den ischiadischen Schmerz fand ich durch die Untersuchung der Wirbelsäule; die unteren Lendenwirbel beteiligen sich hier bei der Rumpfbeugung weniger als beim Gesunden, entweder treten nicht alle Dornfortsätze bei der Rumpfbeugung hervor, oder die Hemmung ist so hochgradig, dass die Lendenwirbelsäule trotz vollzogener Rumpfbeugung hohl bleibt und sich nicht zur ‚bogenförmigen Kyphosestellung‘ umgestaltet. Das Phänomen hat mit der Scoliosis ischiadica nichts gemein, nur die Ursache. Die Skoliose ist selten, die ‚Sperrung‘ der Wirbelsäule aber ist ein häufiges Vorkommnis; die Skoliose tritt schon beim Aufrechtstehen der betreffenden Ischiadiker zutage, indes die eben mitgeteilte Hemmung der Wirbelsäule erst bei der Rumpfbeugung bemerkt werden kann. Die Ursache dieser Hemmung liegt in der Schmerzhaftigkeit des Nervenstammes (resp. des Plexus), welcher durch das Ausgleichen der Lendenlordose (Durchbiegen der Lendenwirbelsäule) gedehnt werden würde. Das Umwandeln der Lordose in die Kyphose würde Dehnung der Nerven erzeugen. Eine solche Dehnung wird dem Ischiadicus erspart, wenn die Lendenwirbelsäule bei der Rumpfbeugung in Lordosestellung zusammengedrückt bleibt; die Rumpfbeugung geschieht dann zum grössten Teile mittels der Hüftgelenke. Die Empfindlichkeit des affizierten Ischiadicus gegen Dehnung wird schon seit 25 Jahren von den Klinikern beobachtet und nach verschiedenen Methoden geprüft: zunächst durch die sogenannte unblutige Dehnung, dann kam Fajersztain (Lemberg) und vor einem Jahre die einleitend angeführte Publikation von Bechterew. Aber meine Untersuchungsmethode wird sich eher einbürgern als die angeführten. Alle anderen prüfen die Empfindlichkeit des Nerven gegenüber Dehnung durch Bewegung und Einstellung des Beins (des kranken oder des gesunden); mein Verfahren jedoch macht das Bein zum Punctum fixum und den Rumpf (die Austrittsstelle des Nerven aus dem Wirbelkanal) zum Punctum motum, was mit weniger Umständen ausgeführt werden kann und ein objektiveres Untersuchungsergebnis bringt, da der

Kranke uns nicht das Eintreten von Schmerz zu melden hat. — Drei seltenere Krankheitsbilder will ich noch anschliessen, bei welchen ich schlankweg auf Grund der obigen Erfahrungen I. ausschliessen konnte, indes die mitberatenden Kollegen noch an der Möglichkeit einer I. festhielten. Ein Arzt hatte seit Monaten überwältigende Schmerzen im Bein, von denen er sich nicht auszusagen entschloss, ob sie mehr vorne oder hinter sässen. Da er einen Einfluss der Bauchpresse niemals wahrgenommen hatte und keine Sperrung der Lendenwirbelsäule aufwies, palpierter ich die Schmerzstellen und ermittelte eine Druckschmerzhaftigkeit des Quadriceps. Dieselbe Seite hatte auch den Kniereflex eingebüsst. Es handelte sich um eine umschriebene Neuritis, die auf diaphoretische Verfahren gutmütig reagierte. Eine junge Frau soll gleich nach ihrer Entbindung an beiderseitiger I. erkrankt sein; seither sind vier Monate vergangen. Der Schmerz sitzt jetzt in beiden Sprunggelenken. In der Nacht war sie frei von Schmerz, darum hielten es andere Diagnostiker für die Vorboten von Pes planus. Wegen des Mangels der beiden Kennzeichen setzte ich zunächst keine I. voraus, sondern suchte an den Schmerzstellen, bis ich Druckschmerzhaftigkeit der inneren und äusseren Knöchel und der anschliessenden Torsalgelenke fand. Die Umgebung des inneren Knöchels war wärmer als der Fussrücken, wärmer war auch die Haut über der Tibiakante am Unterschenkel, dieser Streifen schmerzte auf Druck und zeigte Andeutung von Oedem. Die Morgentemperatur war 37,2°. Anamnestisch erfuhr ich dann, dass die junge Frau schon vor Jahren polyartikulären Rheumatismus überstanden hatte. Die Annahme eines subakuten Gelenkprozesses wurde durch die Therapie bestätigt. Ein 74jähriger Mann hatte seit zehn Wochen Schmerz im linken Gesäss, der bis in die Leistengegend durchstach. Der Schmerz ging oft bis zur Kniescheibe hinab. Schon diese Lokalisation des Spontanschmerzes mahnt, vor allem an einen entzündlichen Prozess des Hüftgelenks zu denken. Die Lendenwirbel waren gesperrt, aber Bauchpresse ohne Beziehung zum Schmerz. Beim Prüfen der Kniereflexe fiel mir auf, dass er das linke Bein nicht über das rechte schlagen konnte. Die Rotation des Hüftgelenks war schmerzhaft, besonders die Innenrotation, aber Abduktion und Elevation waren frei. Einige Fingergelenke erwiesen sich verdickt. Die höheren Lendenwirbel waren klopfempfindlich. Die Rumpfneigung nach der linken Seite ist schmerzhafter

als nach der anderen Richtung. Hier handelte es sich um Arthritis polyarticularis (der linken Hüfte und mehrerer linksseitiger Lendenwirbelgelenke), welche unter einem ischiasähnlichen Krankheitsbilde auftraten.“

(Wiener med. Wochenschr. 1909 Nr. 35.)

Pneumonie. Die **Kampferbehandlung** empfiehlt warm Prof.

Dr. A. Seibert (New-York), und zwar subkutane Einspritzungen von grossen Dosen Kampferöles, zweimal täglich wiederholt, vom Anfang bis zum Ende der Erkrankung. Die Dosis betrug bei Erwachsenen immer 12 ccm Kampferöl (bei einem vierjährigen Kinde 6 ccm = 1,08 g reinen Kampfers). Im ganzen wurden so 21 Fälle behandelt, die sämtlich genasen. In keinem trat eine Krisis ein, statt dessen eine langsame, aber stetige Besserung der Symptome von der ersten Injektion ab, welche Besserung stets solche Fortschritte machte, dass die Krankheitsdauer wesentlich verkürzt wurde. Man beginne möglichst früh mit den Injektionen, wiederhole sie alle 12 Stunden, bis Temperatur, Puls und Atmung normal sind, und dann einmal alle 24 Stunden, bis die Lunge frei ist. Ausserdem ist bei Tag und Nacht für frische Luft energisch zu sorgen.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 36.)

- **Ueber zwei mit Pemphigus komplizierte Fälle von P.** Von Dr. W. Beyer (Krankenanstalt Altstadt in Magdeburg). Zu den beiden Fällen ist kurz folgendes zu bemerken. Bei dem ersten handelte es sich um eine von Anfang an mit den schwersten Erscheinungen verlaufende kruppöse P. Der Pemphigus trat einen Tag vor dem Tode auf. Die Blasen enthielten, gleichwie das Blut, Pneumokokken, und es liegt nahe, den Pemphigus als infektiös zu betrachten, zumal bei dem fast gleichzeitigen Auftreten von Hornhautgeschwüren. Die Sektion bestätigte das Vorhandensein toxischer Schädigungen in den Organen. Im Gegensatz zu diesem bot der zweite Fall ein anderes Bild dar. Bei einem Alkoholdeliranten tritt nach mehreren Tagen eine Allgemeininfektion auf, unter den Erscheinungen einer an und für sich geringfügigen lobulären P., einer Meningitis und eines Pemphigus. Letzterer ist bei P. in den bisher beschriebenen Fällen als eine sei es metastatische, sei es toxische Komplikation seitens der Haut aufzufassen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 47.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Ein

brauchbares Kennzeichen der Placenta praevia gibt Prof. Hugo Sellheim (Tübingen) an: „Genitalblutung am Ende der Schwangerschaft oder am Anfange der Geburt lässt eine Pl. pr. vermuten. Zur Feststellung derselben dient die innere Untersuchung, welche dem Finger eine direkte Betastung der vorliegenden Nachgeburt gestattet. Weitere mutmassliche Kennzeichen der Pl. pr. neben der Blutung haben keinen grossen Wert. Daher ist das Gefühl eines durch die vorliegende Pl. dargestellten Polsters während der Betastung der vorderen Bauchwand oder der Scheidengewölbe in geringem Ansehen bei den Praktikern. Denn das Bestehen einer Pl. pr. ist hinreichend gekennzeichnet durch den Blutabgang. Das hinzukommende Polstergefühl bietet keine weitere Sicherheit, da ein derartiges Polster durch die Harnblase, durch eine abnorm dicke Uteruswand, durch Kindsteile hervorgerufen werden kann. Das Zeichen gewinnt an Wert, sobald nicht nur ein unbestimmtes Polster, sondern auch dessen Aufsitzen an der Uteruswand und seine Grenze an einer dem gemutmassten Zustand entsprechenden Stelle durch Bauchdecken- oder Scheidengewölbe gefühlt werden kann. Vorbedingung dafür ist die Anwesenheit einer Unterlage, welche man in der betreffenden Gegend unter gewöhnlichen Untersuchungsbedingungen überall deutlich erkennt: Der harte, runde, gleichmässig gewölbte, leicht ballottierende Kindskopf. Fühlt man die Characteristica des Kopfes in einem Bezirke entweder an der vorderen und seitlichen Bauchwand über der Schossfuge oder im Scheidengewölbe deutlich, daneben aber, durch eine mehr oder weniger scharfe Grenze abgesetzt, das Polster der Pl., welches das Durchfühlen der Qualitäten des Kindskopfes bei Ausschluss anderer, die Untersuchung erschwerender Bedingungen, wie z. B. gefüllte Blase, fettreiche Bauchdecken, unmöglich macht, dann darf man in dem Zusammenhalten mit dem Blutabgange Pl. pr. als in hohem Grade wahrscheinlich annehmen. Unter sehr günstigen Umständen: Polster im vorderen Scheidengewölbe, Polster direkt über der Schlossfuge, Polstergrenze sowohl im hinteren Scheidengewölbe als auch 6 cm über der Schossfuge bei vorliegendem, im übrigen leicht erkennbarem Kopfe, habe ich die Diagnose auf Pl. pr. auch mit Sicherheit und, wie sich in der Folge zeigte, mit Recht gestellt. Praktische Bedeutung gewinnt dieses ohne Gefährdung der Kreisenden anwendbare Zeichen überall da, wo man in den

allerdings seltenen Fällen einer verdächtigen Blutung ob der Engigkeit des Uterushalses an die Pl. zu gelangen nicht vermag.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 40.)

- Dr. M. Hirsch (Berlin). **Ueber Placenta praevia.** Seine eigenen wenigen Fälle und die Resultate der Küstnerschen und Leopoldschen Kliniken zeigen, dass die kombinierte Wendung und die Hystereuryse wohlgeeignete Verfahren sind, das mütterliche Leben zu retten. Autor ist geneigt, die bei diesem Verfahren immer noch bestehende Mortalität — im Mittel 5% — zum grossen Teil auf mangelhafte Blutsparung zurückzuführen. Einmal infolge verspäteten oder hinausgeschobenen entbindenden Eingriffs, zweitens infolge abwartender Behandlung der Nachgeburtsperiode. Die wesentlich günstigeren Resultate, welche die Hystereuryse für das kindliche Leben liefert, geben ihr vor der kombinierten Wendung nach Braxton-Hicks den Vorzug. Autor sieht keinen Grund ein, die operative Entbindung durch den klassischen Kaiserschnitt oder den zervikalen Uterusschnitt als Methode der Wahl in die Behandlung der Pl. pr. einzuführen. Das Hauptargument, mit dem ihre Einführung begründet wird, ist die Verbesserung der Prognose für das Kind. In den Fällen, in denen die Kinder lebensfähig sind und nicht schon durch die vorausgegangenen Schwangerschaftsblutungen gelitten haben, wird mit grosser Wahrscheinlichkeit — 70% — die Hystereuryse den Kindern das Leben erhalten. Nur in den verschwindend wenigen Fällen, in denen wegen Rigidität des Muttermundes die Hystereuryse nicht möglich ist, scheint der Kaiserschnitt, sei es im Fundus oder im Isthmus, gerechtfertigt. Ferner in den Fällen, in denen von der Mutter unbedingt ein lebendes Kind gewünscht wird. Vorausgesetzt immer, dass die Fälle nicht infiziert und nicht infektiösverdächtig sind. In den Fällen mit nichtlebensfähigem Kinde, in welchen die Einführung des Hystereurynters wegen Rigidität des Muttermundes nicht möglich ist, glaubt Autor die Hysterotomia anterior empfehlen zu dürfen. Es kann selbstverständlich nicht als ernsthafte Argumentierung betrachtet werden, die Sectio caesarea oder cervicalis deshalb zu verwerfen, weil durch sie die Behandlung der Pl. pr. aus den Händen des praktizierenden Arztes in die des Klinikers gelegt wird. Denn aegroti salus suprema lex. Man sieht aber aus vorstehenden Ausführungen, dass das Indikationsgebiet für die Laparotomie bei Pl. pr. sich sehr

gut einschränken lässt. Das mütterliche Leben wird hinreichend geschützt durch die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks, durch die Metreuryse und obligatorische Nachgeburtslösung durch die Hand des Geburtshelfers unmittelbar nach Geburt des Kindes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 42.)

- **Zur Hyperemesis gravidarum** schreibt Prof. Dr. Max Flesch (Frankfurt a. M.): „Wiederholt bin ich in die Lage gekommen, Pat., welche wegen übermässigen Erbrechen in der Schwangerschaft zur Behandlung kamen, nach Versagen anderer therapeutischer Versuche, in die Klinik zu bringen, um vor der in Aussicht genommenen Einleitung des Aborts oder der Frühgeburt die strengere Ueberwachung im Hospital als letztes Mittel in Anwendung zu bringen. Regelmässig war der Erfolg der, dass die Pat. nach kürzerem oder längerem Aufenthalt im Hospital dasselbe ohne Unterbrechung der Schwangerschaft verlassen konnte; ich habe bisher in keinem einzigen Fall operativ eingreifen müssen. Für manchen dieser Fälle war ich zu dem Schluss gekommen, dass das Wesentliche der Wirkung in dem Aufhören des Geschlechtsverkehrs gelegen habe. Dementsprechend habe ich einigemal mit Erfolg dem Schwangerschaftserbrechen junger Frauen dadurch ein Ende gemacht, dass ich den Ehemann entsprechend instruiert habe. Ich denke nicht daran, in dem berührten Moment die einzige Ursache der H. zu sehen. Dass aber die Fortsetzung des geschlechtlichen Verkehrs nach eingetretener Empfängnis geeignet ist, die Ursache der H. zu werden, hat mir eine Beobachtung in der letzten Zeit mit der Deutlichkeit eines Experimentes gezeigt; es ist vielleicht am Platze, sie hier kurz mitzuteilen. Die Pat., um die es sich handelt, stand im sechsten Monat der Schwangerschaft. Wegen des seit 14 Tagen eingetretenen Erbrechens hatte sie sich, in der Meinung, dass es sich um eine von der Schwangerschaft unabhängige Verdauungsstörung handle, an einen Magenspezialisten gewandt. Von diesem wurde sie als Kassenmitglied nach einigen vergeblichen Behandlungsversuchen der frauenärztlichen Behandlung überwiesen. Die Pat. hatte in den ersten Monaten der Schwangerschaft wiederholt erbrochen; vom dritten Monate an hatte das aufgehört; aus diesem Grund glaubte sie beim Wiederbeginn des Erbrechens nicht an einen Zusammenhang mit ihrer Gravidität. Vor 14 Tagen hatte man der Schwangerschaft die nachträgliche Sanktion der

Ehe gegeben und die eheliche Wohnung bezogen. Der damit verbundenen Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs folgte das Erbrechen; die Pat. behielt nichts bei sich; Kopfweh und Stuhlverhaltung komplizierten das Krankheitsbild; die seither verordneten Abführmittel blieben wirkungslos, weil sie erbrochen wurden. Das von mir nach Zuweisung der Pat. seitens des vorbehandelnden Arztes, eines Magenspezialisten, angeordnete Regime: Bettruhe, kleine Dosen Brom (1,5 Bromnatrium abends 6 Uhr) und Aussetzen des ehelichen Verkehrs hatten sofort den erwarteten Erfolg; nach drei Tagen hörte das Erbrechen auf, die Nahrung — vegetarische Kost und Milch — wurde behalten, ebenso wie das verordnete Abführmittel (Rhabarber mit Natr. bicarbon. und Magnes. usta). Am fünften Tag verliess die Pat. das Bett und nahm ihre Arbeit auf.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 41.)

- St. Rebaudi: **Hyperemesis gravidarum und Adrenalintherapie** Universitäts-Frauenklinik zu Genua). Schwerer Fall, Erbrechen seit zwei Monaten hartnäckig anhaltend, Unterbrechung der Schwangerschaft schien unumgänglich notwendig, da jede Therapie versagt hatte. Letzter Versuch: Verordnung von 20 ccm Adrenalin (1 : 1000 Parke Davis), morgens und abends je 20 Tropfen. Nach wenigen Tagen hörte das Erbrechen auf.

(Zentralbl. f. Gynäkologie 1909 Nr. 44.)

- J. Veit (Halle): **Die Behandlung des engen Beckens, insbesondere die Stellung der beckenerweiternden Operationen.** Als Ergebnis der neueren Arbeiten stellt Autor folgende Grundsätze auf: Vermeidung von Massregeln während der Schwangerschaft. Vermeidung prophylaktischer Eingriffe. Operation nur bei strenger Indikation. Bei absoluter Beckenverengerung Kaiserschnitt. Bei Gefährdung der Mutter infolge von mittlerer Beckenverengerung Zange nur in sehr beschränkter Zahl von Fällen, sonst Kaiserschnitt. Hebosteotomie bei Fieber und Streptokokkennachweis im Genitalkanal. Bei Gefährdung des Kindes Wendung; nur wenn diese oder die Zange unmöglich ist, Kaiserschnitt. Alle übrigen Operationen sind im allgemeinen zurückzuweisen, wenn sie auch alle im besonderen Fall einmal berechtigt sein können.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 42.)

Ulcus cruris. Ein neuer Dauerkompressionsverband für

Ulcera cruris wird von Dr. O. Lischke (Dresden) angegeben. „Um ein variköses U. erfolgreich zu behandeln, muss man zunächst die gestörte Blutbewegung im Bein wieder normalen Verhältnissen nahebringen. Man hat dabei die Wahl zwischen langdauernder Bettruhe und unelastischen komprimierenden Verbänden. Ein Heilverfahren, welches die Wiederherstellung normaler Blutzirkulation in den ektatischen Venen unberücksichtigt lässt, kann nur Zufallserfolge haben. Die in Frage kommenden Pat. gehören meist der arbeitenden Klasse an, und eine Behandlung mit Bettruhe ist, da mit längerer Arbeitsunfähigkeit verbunden, unwirtschaftlich. Kompressionsverbände aber sind teuer, weil sie mindestens alle drei Tage erneuert werden müssen. Das erfordert die oft recht starke Sekretion des U. Es wird der Ulcusversorgung wegen der ganze Kompressionsverband, der an und für sich seine komprimierende Wirkung wochenlang sicher ausüben würde, geopfert. Eine Arbeits- und Materialverschwendung, die ihre Ursache darin hat, dass man den Kompressionsverband stets über den Geschwürsverband gelegt hat. Erwägungen dieser Art haben mich zu einer Aenderung des Verbandverfahrens geführt, die sich mir bisher immer bewährt hat und die eine nicht geringe soziale Bedeutung zu haben scheint. Ich nehme das U. nicht in den Kompressionsverband hinein, sondern arbeite in diesen ein Fenster dafür ein. Darauf versorge ich das U. mit Pulvern, Salben, trockenen oder feuchten Kompressen, wie der vorliegende Fall es erfordert, und führe dann rings um das Bein einen Pflasterstreifen, der das Fenster über der Kompressen schliesst und die durch dasselbe unterbrochene Kompression wieder herstellt. Ein Stück Trikotschlauchbinde wird als Strumpf über den ganzen Verband gezogen und darüber erst eine elastische, dann eine unelastische (Mull-) Binde gewickelt. Die Erneuerung des Ulcusverbandes ist einfach und leicht. Die beiden Binden werden abgewickelt, der Strumpf bis unter das U. herabgezogen, der Pflasterstreifen, der das Fenster schliesst, wird zurückgeschlagen und die Kompressen entfernt. Das jetzt freiliegende U. wird abgetupft, eingestäubt, eine neue Kompressen darübergelegt und der Verschlussstreifen angezogen. Dann zieht man den Strumpf wieder herauf und wickelt die beiden Binden aufs neue um das Bein. Der aus Pflasterstreifen hergestellte Kompressionsverband hat neben der Druckwirkung noch andere wertvolle Eigenschaften, die Ver-

bände aus anderem Material nicht aufweisen. Er wirkt wie ein mässig feuchter hydropathischer Umschlag, aber weil er nicht impermeabel ist, wird die Perspiration nicht gestört. Selbst nach vierwöchentlichem Liegen riecht er nicht nach zersetztem Schweiss; er ist also auch antiseptisch. Dabei ist das Pflaster, das ich gern direkt auf die Haut appliziere, ganz reizlos und wird in den meisten Fällen gut vertragen. Auch eine stetige Massagewirkung auf die Haut ist beim Gehen vorhanden, durch welche andauernd für reichliche arterielle Blutzufuhr gesorgt wird. Die stets atonische Haut wird dadurch gekräftigt und das U. unter günstige Heilbedingungen gestellt. Der Druckverband kann mindestens 14 Tage liegen bleiben und, wenn das Bein unter seinem Einfluss nicht abschwilt — ein willkommener Erfolg — bis zu vier Wochen. Gefensterter Kontentivverbande sind zwar schon lange bekannt, z. B. bei komplizierten Frakturen, auch hat man wohl U. cr. mit gefensterter Gipsverbänden behandelt, aber letztere sind kein vollwertiger Ersatz für die volle Beweglichkeit gestattenden Streifenverbände, eignen sich auch kaum für die ambulatorische Praxis, ganz abgesehen davon, dass sie viel zu teuer sind. Die Vorteile meiner Dauerverbände sind folgende: Sie ermöglichen ohne grosse Kosten und auf bequeme Weise einen häufigen Verbandwechsel für das U. Sekretstauungen können vermieden werden, die Heilung wird gefördert. Jeder Arzt kann den Verbandwechsel besorgen, ja es ist nicht ausgeschlossen, diesen Wechsel vom Pat. selbst oder, noch besser, von einem intelligenten Angehörigen oder einer Pflegeperson vornehmen zu lassen. Das Verbandmaterial wird dann verschrieben. Das spart dem Kranken viel Geld und Zeit. Wenn die U. einen allzu grossen Teil des Unterschenkels einnehmen, kann ein Fensterverband nicht angelegt werden. Später aber, wenn unter einer Reihe geschlossener Verbände die Geschwüre sich verkleinert haben, kommt er wieder in Frage. Die Technik der Fensterverbände erfordert viel Uebung, da sie sich je nach der Lokalisation und Grösse der Ulcera verschieden gestaltet. Auch darf nur frisches Material verwendet werden, dessen Herstellung sich nur bei Spezialbetrieb durchführen lässt. Die Anlegung von Kompressiv-Verbänden wird daher immer Aerzten überlassen werden müssen, die für dieses Fach speziell vorgebildet und eingerichtet sind.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 26.)

Vitæ cordis. Dr. F. Kraemer (Frankfurt a. M.): **Ein**

Beitrag zur Wirkung des Extract. fluid. Apocyni cannabinici. In dem Falle, wo sich Autor von der überraschenden Wirkung des Extr. fl. Apoc. can. überzeugen konnte, handelte es sich um einen 51jährigen Gastwirt mit Arteriosklerose, Myokarditis und hochgradiger indurativer Lebervergrößerung. Die Oedeme und der Aszites konnten durch Digalen, Digitalis, Digitalis mit Diuretin und Agurin abwechselnd mit Digitalis mit Koffein, Strophantus, Theozin, Theocin. natr. acetic., Theophyllin, Extract. fluid. equiset. arvense (Zinnkrautextrakt dreimal 15 Tropfen), Infus. fruct. Juniperi und zweimalige Kalomelkur, trotz der oft angewandten hypermaximalen Dosen dieser bewährten Diuretika nicht beseitigt werden, obwohl gleichzeitig auch die Flüssigkeit auf ein Minimum (1200 g) beschränkt wurde. Vor Ausführung der Punktion wurde das Fluidextrakt von Ap. can. versucht und zwar mit einem geradezu verblüffenden Erfolge. Bereits am nächsten Tage nach ca. 20 Stunden waren beide unteren Extremitäten abgeschwollen, die rechte besonders zeigte nahezu normale Verhältnisse. Auch der Aszites war verringert. Die Leberschwellung indessen wie seither stationär. Die angewandte Dosis betrug dreimal täglich 12 Tropfen mit allmählicher Steigerung auf dreimal täglich 15 Tropfen. Trotzdem nahm nach Ablauf des vierten Tages die Schwellung der Extremitäten wieder zu. — Immerhin ist es bemerkenswert, dass in einem Falle, wo alle unsere sonst so vorzüglichen Diuretika versagten, das Extr. fl. Ap. can. eine derartige, fast zauberhafte, prompte Wirkung auslösen konnte. Es ist daher begreiflich, wenn Busch dieses Mittel als den pflanzlichen Troikart bezeichnet. Ein derartiges Mittel verdient unzweifelhaft eine Nachprüfung und ist wohl geeignet, bei Kompensationsstörung des Herzens vor der Vornahme der Punctio abdominis angewandt zu werden. (Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 45.)

- Die **Kombination der Digitalis und homologer Agentien mit anderen Arzneimitteln** ist in der Praxis recht beliebt. Dass sie aber durchaus nicht zweckmässig ist, zeigen experimentelle Untersuchungen, die Prof. Dr. J. Pohl (Prag) angestellt hat. Dieser hatte schon früher gefunden, dass Zusatz von Säuren zu Digitalisinfusen die Zersetzung derselben beschleunigt und eine Abschwächung der Wirkung bedingt, und dass auch die Kombination der Tinct. Digitalis mit Tinct. ferri chlorat. aether. unzweckmässig ist.

Die jetzigen Versuche wurden mit reiner *Tinct. Strophanti* angestellt und ergaben zunächst, dass Chininpräparate mit dieser zusammen verordnet die Wirkung der Strophantustinktur vereiteln. Ebenso steht es mit einer Kombination mit Kalisalzen, während Ammoniak (Liq. ammon. anisat.) eher fördernd einwirkt, ebenso wie Alkohol in kleiner Dosis und Chloroformwasser; hier war eine Beschleunigung der Herzwirkung zu konstatieren. Atropin, Antipyrin erwiesen sich als indifferente Zusätze, bei *Tinct. Opii* sicher hemmender Einfluss; die Schuld an der mächtigen Verzögerung der Herzwirkung trifft hier das Morphin. Endlich zeigten die Versuche mit Sicherheit, dass die Strophantinwirkung durch Koffein aufgehoben wird.

(Therap. Monatshefte, Februar 1909.)

- **Darmmassage bei Herzkranken** ist nach M. Herz (Wien) nicht kontraindiziert, sondern in hohem Grade nützlich, wenn man in geeigneter Weise die Manipulationen vornimmt. H. sucht bei Obstruktionsbeschwerden von Herzkranken durch sehr milde mechanische Eingriffe auf diejenigen Teile des Dickdarms einzuwirken, welche zumeist durch Palpation und Perkussion als pathologisch verändert nachweisbar sind: die Zökalgegend, ein Teil des aufsteigenden Kolons und die Flexura sigmoidea. Das Zökum erweist sich bei der chronischen Obstipation sehr häufig als stark gebläht, das Colon ascendens pflegt für den tastenden Finger einen derben zylindrischen Körper darzustellen, während einzelne Teile der Flexura sigmoidea auf dem Darmbeinteller als sehr harte, verschiebliche, bald spindelförmige, bald knollige Gebilde tastbar sind. Nur diese Darmpartien werden einer ganz leichten massierenden Knetung unterzogen, indem man mit den Fingerkuppen an ihrer medialen Seite die Bauchhaut eindrückt und nach aussen gehend, die tastbaren Tumoren nach aussen verschiebt, bis sie von selbst unter den Fingerkuppen nach einwärts schlüpfen. Anfangs pflegt auch dieser Eingriff schmerzhaft zu sein, dann mildert man den Druck so sehr, bis dies nicht mehr der Fall ist, und steigert ihn erst, wenn der Kranke sich an die Behandlung gewöhnt hat. Vorteilhaft ist es, daran eine manuelle leichte oder mit einem der üblichen Apparate ausgeführte Vibration der genannten Gegenden anzuschliessen.

(Monatsschrift f. d. physikalisch-diätetischen Heilmethoden, Januar 1909.)

Vermischtes.

- Ein **einfacher Troikart zur Aspiration von Pleuraexsudaten** wurde von Dr. Paysen (Hollingstedt) konstruiert. Der Tr. ist mit einer Metallspritze verbunden, welche ein seitliches Abflussrohr hat. Tr. und Spritze bilden ein Ganzes. Demnach erweitert sich die Troikartscheide zu einem weiten Hohlzylinder mit seitlichem Ausflussrohr. Der Troikartdorn verdickt sich zu einem Kolben, der luftdicht im Zylinder gleitet. Ist der Dorn in der Scheide, so verschliesst auch der Kolben das seitliche Ausflussrohr des Hohlzylinders. Wird der Dorn herausgezogen, so gleitet auch der Kolben im Hohlzylinder endwärts und gibt dessen Ausflussöffnung frei. Durch eine kleine Drehung werden Dorn und Kolben arretiert. Will man die Aspiration unterbrechen oder verstopfendes Gerinnsel entfernen, so schiebt man langsam den Dorn in die Scheide zurück und damit zugleich den Kolben vor die Ausflussöffnung. Luft kann dabei nicht aspiriert werden, vorausgesetzt, dass der Kolben luftdicht im Zylinder gleitet. Das erreicht der Instrumentenmacher leicht, da Kolben und Zylinder umfangreich gearbeitet sind. Der Tr. ist erhältlich bei Instrumentenmacher H. Beckmann, Kiel, Holstenstrasse 46.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 30.)

- **Ueber schädliche Wirkungen der Sonnenbäder** schreibt Prof. Grawitz (Charlottenburg): „Immer wieder zeigt sich die Erscheinung, dass körperliche Betätigungen im Freien, die an sich unzweifelhaft für die Gesundheit nützlich sind, dadurch ausarten und geradezu schädlich wirken, dass sie zum ‚Sport‘ erhoben oder von Fanatikern als wirksamste ‚Naturheilmethode‘ gepriesen werden, worauf dann unfehlbar grosse Scharen kritikloser Nachbeter die neue Methode in gesteigerter und verschlechterter Form an sich selbst zu erproben für nützlich halten. Seit Jahren ist die Idee aufgetaucht, dass es naturwidrig sei, durch lichtundurchlässige Kleidungsstücke dauernd die Sonnenstrahlen vom Körper fernzuhalten, dass vielmehr einzig bei direkter dauernder Besonnung der Haut ein gesundheitsmässiges Leben geführt werden könne. Gesundheitsapostel, die den kleiderlosen Zustand, soweit es die Polizei gestattet, zu propagieren suchen, tauchen selbst in unserem rauen Klima von Zeit zu Zeit auf. Vor einiger Zeit wurde von

einem Mann berichtet, der zu demselben Zweck eine Kleidung aus durchsichtigen Glimmerblättchen erfunden hatte, und man liest auch von Sanatorien, die dauernde Belichtung ihrer Klienten als obersten Heilfaktor in Rechnung stellen. Das Problem der Lichtwirkung auf den tierischen und menschlichen Organismus ist seit alten Zeiten diskutiert und vielfach experimentell bearbeitet worden. Die Literatur hierüber ist eine überaus grosse, und besonders die neueren Arbeiten über Lichtwirkung von Finsen sowie auch von Oerum in Kopenhagen haben die Aufmerksamkeit erneut auf das Sonnenlicht als Heilfaktor gelenkt. Es soll hier nicht auf einzelnes eingegangen, sondern nur soviel bemerkt werden, dass wirklich sicher bewiesene, spezifisch günstige Wirkungen von Belichtungen auf den Gesamtorganismus oder z. B. auf die Blutbildung bisher noch nicht veröffentlicht sind, dass aber umgekehrt die völlige Unschädlichkeit selbst monatelangen Abschlusses vom Sonnenlicht durch die Erfahrungen der Nansenexpedition, wenigstens soweit Erwachsene in Frage kommen, unzweifelhaft erwiesen ist. Allgemeinwirkungen der die ganze Körperoberfläche direkt treffenden Sonnenstrahlen äussern sich wie bei anderen Wärmeprozeduren in gesteigerter Transpiration und auch wohl Steigerung des Stoffwechsels, doch lässt z. B. Lenkei, der sich speziell mit den Wirkungen der Sonnenbäder beschäftigt hat, diese Einwirkungen nicht länger als 60 Minuten hintereinander dauern und empfiehlt zur Vermeidung schädlicher Nebenwirkungen den Kopf durch Bedeckung zu schützen und durch mehrfachen Lagewechsel die verschiedenen Körperteile hintereinander bestrahlen zu lassen. Es ist mithin eine vorsichtige Dosierung dieser direkten Sonnenlichtwirkungen zur Vermeidung schädlicher Nebenwirkungen notwendig. Wenn es hiernach noch durchaus zweifelhaft ist, ob bei dem durch jahrtausendelange Anpassung an Lichtabschluss gewöhnten menschlichen Organismus eine längere Allgemeinbelichtung gesundheitsfördernd, vielleicht die Blutbildung anregend wirkt, so bringt ganz sicher die sportmässig forcierte und stundenlang ausgedehnte Exposition der Haut gegenüber den direkten Sonnenstrahlen Gefahren mit sich, auf welche aufmerksam zu machen nützlich sein dürfte. Seit einiger Zeit wird der Lichtkultus hier in Berlin wie anderswo in kleinen geschlossenen Anstalten betrieben, ganz besonders aber bieten die verschiedenen Freibäder, welche hier an den sandigen Ufern der Havel stark besucht werden, jüngeren und älteren

Männern Gelegenheit, sich nackt in die Sonne zu legen, zwischendurch auch wohl wieder ins Wasser zu gehen und derartig ihre Haut stundenlang bestrahlen zu lassen. Schon in früheren Jahren, besonders häufig aber in den letzten Wochen habe ich Gelegenheit gehabt, schwere Krankheitserscheinungen zu beobachten, die auf diese Sonnenbäder zurückzuführen waren, wobei ich erfuhr, dass sich die Personen gelegentlich bis fünf Stunden, und zwar täglich wiederholt, diesen Bestrahlungen ausgesetzt hatten. Als wichtigste Erscheinungen finden sich, abgesehen von äusseren dermatitischen Veränderungen, Unregelmässigkeit und Beschleunigung der Herzaktion, systolische Geräusche an verschiedenen Ostien, Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, weniger nach links, stark gespannter Puls, verstärkte zweite Töne, in einigen Fällen Kollaps infolge von Herzinsuffizienz mit recht bedrohlichen Allgemeinerscheinungen; die Temperatur war einige Male gesteigert, Albuminurie habe ich nicht beobachtet. Kopfschmerzen und allgemeine Abgeschlagenheit können tagelang bestehen bleiben. In anderen Fällen traten auffällige Erregungen des Nervensystems zutage, und dass diese Erscheinungen tatsächlich auf die Wirkung der Sonnenbäder zu beziehen sind, ergibt sich daraus, dass es sich um sonst sehr gesunde, oft sogar hervorragend kräftige Menschen handelt, bei denen irgend eine andere Schädigung nicht nachzuweisen ist und die wieder völlig gesund werden, sobald sie den Schädlichkeiten der übertriebenen Besonnung entzogen sind. Verschiedentlich wurden die Familienangehörigen durch die Schwere dieser Anfälle in lebhaftige Sorge versetzt. Zur Erklärung der Anfälle möchte ich weniger die Erfahrungen beim Hitzschlag heranziehen, mit dem die geschilderten Zustände wenig Aehnlichkeit haben, obwohl nach Lenke mit starken Ueberhitzungen der Haut im Sonnenbade zu rechnen ist, die bis 4° C betragen sollen und zu einer starken Abdunstung und Wasserverlust im Blute führen können, der vielleicht bei ungenügendem Wasserersatz durch Trinken bedenklich werden könnte. Wichtiger dürften die Einwirkungen auf das Nervensystem sein, zumal die Leute oft auch den Kopf ungeschützt den Sonnenstrahlen aussetzen. Die erregende Wirkung der Sonnenstrahlen ist mir seit langem bei Kindern aufgefallen, die in den Sommerferien an der See unablässig und nur wenig bekleidet am Strande spielen und damit allzulange den Bestrahlungen ausgesetzt werden. Diese Kinder kehren zwar sehr gebräunt und äusserlich gesund

ausgehend in die Heimat zurück, zeigen aber starke Erregungszustände des Nervensystems, so dass die beabsichtigte Erholung und Erfrischung keineswegs erreicht ist. Es ist deshalb eine nützliche Regel, die Kinder in der Zeit der stärksten Besonnung, etwa von 12—4 Uhr, nicht an den Strand, sondern in den geschützten Wald zu schicken, und daher haben unsere Ostseebäder durch ihre schöne Verbindung von See und Wald mit Recht ihren ausgezeichneten Ruf als Kinderbäder erworben. Steigert man nun durch die forcierten und lang- ausgedehnten Besonnungen die Schädigung des Nervensystems, so erklären sich einerseits die schweren Störungen der Herzregulation wie auch die allgemeine Nervosität in ungezwungener Weise. Als Therapie sind kühle Umschläge auf Kopf und Herz, kühle Getränke, in schweren Fällen Analeptica am Platz. Wichtiger aber ist die Prophylaxe, d. h. die Aufgabe, die Eltern und Angehörigen solcher Personen, die ihre Gesundheit durch derartige Uebertreibungen aufs Spiel setzen, eindringlich auf die geschilderten Gefahren aufmerksam zu machen.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 33.)

- **Naht des N. medianus ein Jahr nach der Verletzung**, darüber teilt Dr. R. C. Porges (II. Chirurg. Univers.-Klinik in Wien) Folgendes mit: „Der Fall, den ich nun kurz beschreiben will, betrifft einen 26jährigen Maurer, der nach seiner Angabe im April 1905 einen Dolchstich in den linken Unterarm erhalten hatte. Nach Anlegung eines Notverbandes auf dem Polizeikommissariat wurde er in das Kronprinzessin Stephanie-Spital gebracht, woselbst er sechs Wochen verblieb. Aus der Krankengeschichte, in die uns freundlichst Einsicht gewährt wurde, ist zu entnehmen, dass etwa der Mitte des linken Unterarmes entsprechend, volarwärts zwei stark blutende Stichwunden sich vorfanden, die eine an der Ulnar-, die andere grössere an der Radialseite. (Offenbar war das Messer bei supinierter Hand von aussen eingestossen worden und hatte innen die Haut neuerlich perforiert.) Eine zweite Stichwunde befand sich an der Klavikula, in welcher die abgebrochene Messerspitze steckte. Die linke Hand und Finger wurden unbeweglich gehalten. Erster, zweiter und dritter Finger waren an der Volarseite anästhetisch. Durch einen queren Hautschnitt wurden Einstich und Ausstich miteinander verbunden, die blutenden Gefässe ligiert und zwei Sehnen (Musculus adductor und extensor pollicis

longus) genäht. Heilung per secundam. Auf elektrische Behandlung besserte sich die Sensibilität, die Beweglichkeit des Daumens jedoch blieb nur sehr gering. Entlassung Mitte Mai 1905. Die Wunde in der Klavikulargegend heilte reaktionslos. Am 23. Januar 1906 meldete sich der Kranke im chirurgischen Ambulatorium der Bezirkskrankenasse und gab an, seit seiner Entlassung aus dem Spital zeitweise leichtere Arbeit verrichtet zu haben, doch könne er seinen Daumen nicht gebrauchen, zumal derselbe 'immer wund sei'. Der Befund entsprach etwa dem oben erwähnten. Querverlaufende, im ulnaren Anteil strahlige Narbe am linken Unterarm. Auffallend war die hochgradige Atrophie des Thenars, sowie ein bohnen-grosses Geschwür an der Ulnarseite des Interphalangelenks des Daumens. Letzterer wurde abduziert und im ersten Gelenk leicht gebeugt gehalten und zeigte nur minimale aktive Beweglichkeit. Die Haut an der Volarseite des Daumens, Zeige- und Mittelfingers vollkommen anästhetisch. Da somit alles auf eine Läsion des N. med. hinwies, wurde die Sekundärnaht am 9. Februar 1906 versucht. Äthernarkose. Längsschnitt durch Haut und Faszie etwa der Mitte der Narbe entsprechend. Das zentrale Ende des Nerven erscheint kolbig verdickt, es wird mit feinem Seidenfaden angeschlungen, ein wenig inzidiert und das verdünnte periphere Ende hineingebettet. Die Naht wird hierauf wie eine typische Sehnennaht ausgeführt. Faszie und Haut werden darüber geschlossen. Verband in dorsalflektierter Stellung der Hand. Als Pat. sich am nächsten Tage vorstellt, ist an Stelle der Anästhesie der ersten drei Finger eine beträchtliche Hyperästhesie getreten, so dass er bei jeder Berührung zurückzuckt. Heilung reaktionslos. Die Hyperästhesie schwindet allmählich. Auch das Ulcus am Daumen schliesst sich binnen 14 Tagen vollständig, so dass der Kranke als arbeitsfähig entlassen werden kann. Am 17. Mai d. J. stellte er sich behufs Kontrolle des Behandlungsergebnisses neuerlich vor und wies folgenden Befund auf, den Herr Priv.-Doz. Dr. Erben aufzunehmen die Güte hatte: Haut im Bereich der radialen Hälfte des Handrückens etwas zyanotisch, nicht ödematös. An der Grundphalanx des Daumens ist sie etwas atrophisch, glänzend, schwerer faltbar. An der Kontur des Daumenballens abgeflacht, insbesondere an der Stelle des Musculus oppos. Letzterer reagiert auf faradischen Strom gar nicht. Auf galvanischen mit geringen verspäteten Zuckungen (Entartungsreaktion). Musculus flexor pollicis brevis ist gut

erhalten und reagiert wie an der rechten Hand. Beim Ballen der Faust wird der Daumen mit der ulnaren Kante anstatt mit der Fläche an die anderen Finger angelegt. Beim Spreizen der Hand zeigen sich leichte Störungen der tiefen Sensibilität; indem die ersten drei Finger kleine unfreiwillige Bewegungen machen und der Zeigefinger herabsinkt. Prüfungen auf passive Einstellungen ergeben jedoch ein tadelloses Resultat. Tast- und Temperaturempfindungen sowie die Sensibilität der Haut sind normal. Trotz fehlender Opponenswirkung kann der Mann Gegenstände mit Daumen und Zeigefinger halten, indem Flexoren und Adduktoren vikariierend eintreten. Hinzuzufügen wäre noch, dass die Operationsnarbe solid und gut verschieblich ist. In der Tiefe fühlt man mehrere stecknadelgrosse Knötchen, die sich anscheinend mit den Sehnen der langen Fingerbeuger hin- und herbewegen. An der Stelle des Daumengeschwürs findet sich eine derbe Schwiële. Der Mann hat die drei Jahre hindurch ohne Unterbrechung gearbeitet. Der Erfolg der sekundären Nerven-naht ist somit in diesem Falle zweifellos als zufriedenstellend zu bezeichnen. Von vikariierender Funktion der anderen Armnerven war ein Jahr nach der Verletzung nicht viel zu bemerken. Die Sensibilität, die sich anfangs gebessert hatte, ging später wieder verloren, um erst nach der Operation normal zu werden und es dauernd zu bleiben. Auch die Motilität und die trophischen Störungen weisen eine bedeutende Besserung auf. Ganz besonders war es das trophoneurotische Ulcus am Daumen, welches den Pat. arbeitsunfähig gemacht hatte und dessen Heilung erst nach der Operation eine definitive blieb. Mein Fall scheint somit die Richtigkeit der Anschauung, dass bei Nervenverletzungen unter allen Umständen die Naht versucht werden soll, zu bestätigen.“

(Wiener klin. Wochenschrift 1909 Nr. 30.)

- **Vaginale Wärmeapplikation mit Hilfe eines neuen Thermophorapparates** empfiehlt Dr. Anton Stehlik, Sekundärarzt am allgemeinen Krankenhause in Graz. Er schreibt: „Im Jahre 1899 hat Mirtl die vorzüglichen Eigenschaften der Thermophormasse, durch Schmelzen grosse Wärmemengen aufzunehmen und beim Erstarren dieselben wieder an die Umgebung abzugeben, auch für die gynäkologische Therapie zu verwerten gesucht. Zu dem Zwecke hat er den Thermoobturator nach Art der Bozemmannschen Ob-

turatoren aus Metall oder Hartgummi gefertigt. Der metallene Obturator war jedoch wegen der guten Wärmeleitung für die Einführung zu heiss, während bei dem aus Hartgummi die Verschlusschraube sich immer lockerte und die Masse ausfliessen liess. Die Maximaltemperatur war bei beiden 58° . Die Verbesserung des letzteren Apparates machte ich mir zur Aufgabe. Ich liess ihn unter annähernder Beibehaltung der Form aus der kräftigsten Sorte von Weichgummi herstellen, so dass er, trotzdem er aus weichem Gummi hergestellt ist, noch genügend Festigkeit besitzt, um leicht in die Vagina eingeführt werden zu können. Da Kautschuk ein schlechter Wärmeleiter ist, so kann er, nachdem er aus dem kochenden Wasser genommen und auf kurze Zeit in kaltes Wasser getaucht wurde, vollkommen abgekühlt in die Vagina eingeführt werden. Auch ist die Scheu der Frauen vor einem weichen Kautschukkörper viel geringer als vor einem harten metallenen. Zur leichteren Entfernung aus der Vagina brachte ich an dem Verschlussstück des Apparates eine Schnur an. Da so hohe Temperaturen, wie sie der Mirtlsche Apparat bot, nicht unbedingt nötig sind, setze ich die Maximaltemperatur auf 45° herab. Ich glaube, dass auch eine solche Temperatur für den Heileffekt genügen muss, da es doch hauptsächlich darauf ankommt, die Blutzirkulation so viel als möglich zu heben. Durch das lebenswürdige Entgegenkommen des Herrn Prof. Knauer, der den Apparat an seiner Klinik in vielen einschlägigen Fällen anwandte, kann ich schon heute auf Erfolge mit meinem Apparat hinweisen. Ich glaube daher, dass er namentlich in der Privatpraxis wegen seines verhältnismässig geringen Preises (4 K. per Stück) und wegen seiner einfachen Anwendungsweise leicht Eingang finden wird. Der Vaginalhitzer wird vor dem Gebrauche zirka zehn Minuten in ein Liter Wasser gekocht, hierauf kurze Zeit in kaltes Wasser getaucht, wodurch sich die Oberfläche ganz abkühlt und so, ohne die Vulva thermisch reizen zu können, eingeführt. Die Einführung ist sehr einfach und kann der Frau ruhig selbst überlassen werden. Die Wärmeabgabe dauert mehrere Stunden. Indikationen für seine Anwendung sind die chronischen Stadien sämtlicher entzündlicher Erkrankungen der Beckenorgane. Der Apparat kann direkt oder indirekt von Broz' Fabrik med. Instrumente in Graz, bezogen werden.“

(Therapeutische Rundschau 1909 Nr. 31.)

— **Ueber rektale und vaginale Anwendung des Fibrolysin**

macht Dr. Hugo Althoff (Attendorn i. W.) Mitteilung: „I. Rektale Anwendung des F. bei einem Falle von Arthritis deformans. Pat. litt seit mehreren Jahren an Arthritis deformans des rechten Hüftgelenkes und hatte beim Gehen heftige Schmerzen. Bei aktiven und passiven Bewegungen Reiben in diesem Gelenke. November 1908 wurde nach vorherigem Reinigungsklysma ein Röhrchen F. in den Mastdarm eingespritzt. Nach 2—3 Minuten gab Pat. den nach Fibrolysininjektionen vielfach angegebenen Knoblauchgeschmack an. Nachts hatte Pat. leichtes Frieren, dann Hitze, Kopfschmerzen und Brechreiz. Ich dachte an Pneumonie, aber an der Lunge war nichts Krankhaftes nachweisbar; nach drei Tagen war Pat. wiederhergestellt. 14 Tage später abermals Injektion von ein Röhrchen F. in den Mastdarm; es traten in der folgenden Nacht dieselben vorhin geschilderten Krankheitserscheinungen auf. Pat. schob sie auf die F.-Injektionen zurück, und ich stimmte ihm bei. Es wurde F.-Anwendung ausgesetzt. Sechs Wochen später hatte Pat. weniger Schmerzen im rechten Hüftgelenk und konnte besser und längere Zeit gehen. In der Folgezeit wurden nun noch acht Röhrchen F. injiziert in der Weise, dass je ein Röhrchen F. in 40 ccm destillierten Wassers gelöst wurde, und wöchentlich nach vorherigem Reinigungsklysma mit lauwarmem Wasser viermal 10 ccm — also der Inhalt eines Röhrchens — in das Rektum eingespritzt wurden. Pat. kann jetzt stundenweit gehen und hat nur noch geringe Schmerzempfindung; objektiv ist eine wesentliche Besserung der Beweglichkeit und Gehfähigkeit zu konstatieren.

II. Vaginale Anwendung von F. bei einem Falle von retroflektiertem fixierten Uterus. Der Uterus lag rektoflektiert und war fest am Rektum angeheftet; seit zwei Jahren sollte diese Retroflexio bestehen und im Anschluss an ein schweres Wochenbett entstanden sein. Therapie: wöchentlich 2—3 mal ein Vaginaltampon, reichlich getränkt mit folgender Mischung: Ichthyol 5,0, Glyzerin ad 50,0 + 2 Röhrchen F. Nach sechs Wochen ist der Uterus mobilisierbar und nach vorn in Anteflexion zu bringen.

Zusammenfassung: Bei Fall I bestand meines Erachtens eine Idiosynkrasie gegen F. Zahlreiche kleine, rektal gegebene Dosen wurden aber vertragen, resorbiert und erzielten eine wesentliche Besserung sowohl hinsichtlich des subjektiven Befindens als auch im nachweisbar objektiven Befunde. In Fall II wurde mit der angegebenen

Ichthyol-Glyzerin-Fibrolysinmischung eine Lösung des retroflektierten fixierten Uterus erreicht; hierbei wird allerdings zu der Wirkung des F. die des Ichthyols hinzugekommen sein. Ich empfehle eine weitere Nachprüfung der rektalen und vaginalen F.-Anwendung, rate aber mit kleinen Dosen F. zu beginnen und eventuell allmählich mit der Dosis zu steigen.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 31.)

- **Ein Weichgummi-Plessimeter** empfiehlt Dr. Engelen, Chefarzt der Inneren Abteilung des Marienhospitals in Düsseldorf, und schreibt darüber: „Die Finger-Finger-Perkussion kann trotz ihrer grossen Vorzüge nie ganz die Hammer-Plessimeter-Perkussion entbehrlich machen. Der Hauptübelstand der Finger-Finger-Perkussion ist darin zu sehen, dass bei kräftiger Ausübung schon nach nicht allzulanger Zeit der Untersucher ermüdet und dass auch bei leisem Anschlage diese Untersuchungsmethode bei lang fortgesetztem Perkutieren für den Arzt recht schmerzhaft wird. Bei längere Zeit durchgeführtem intensiven Gebrauch des Plessimeter-Fingers entwickeln sich nicht selten entstellende Verdickungen der Weichteile und zuweilen recht empfindliche Periostitiden. Schliesslich wird man öfter es gerne vermeiden, die Hand in unmittelbare Berührung mit der Haut der Pat. zu bringen. Der hauptsächlichste Nachteil der meist üblichen Hammer-Plessimeter-Perkussion ist der starke Eigenschall, der beim Anschlagen der Gummiarmierung des Hammers auf die Plessimeterplatte sich sehr störend geltend macht. Ich habe deshalb nach einer Methode gesucht, die die Vorzüge beider mittelbaren Perkussionsarten möglichst vereinigt, einerseits die bestmögliche Eliminierung des Nebenschalles, andererseits die Gewährleistung bequemer Untersuchung auch bei kräftigem Schläge und bei länger fortzusetzender Tätigkeit. Ich liess mir durch die Firma B. B. Kassel, Frankfurt a. M. P. aus Weichgummi konstruieren. Ich wählte die Bajonettform, wie sie das P. nach Seitz zeigt, da diese Form sich mir als die handlichste erwiesen hat. Durch diese Form sind zwei Platten von verschiedener Dicke zu einem Instrument vereinigt; die eine Platte ist 5—6 mm dick und zulaufend 15—21 mm breit, die andere Platte 9—10 mm dick, 22—55 mm breit. Die dünnere Platte, die zur Steifung eine schallfreie Einlage enthält, dient zu leiser Perkussion, die dicke zu mittelstarker und starker. Diese Platte ist sehr zweckmässig zur Perkussion in Kantenstellung des

P. zwecks Grenzbestimmung der Organe. Wichtig bei der Ausübung dieser Perkussionsmethode ist, dass die Gummierüstung des Hammers recht dick ist und die gleiche Konsistenz hat wie das P. Bei einiger Uebung in dieser Perkussionsmethode ist man mit ihrer Eigenart sehr bald vertraut. Der Eigenschall beim Aufschlagen des Hammers auf die Platte ist, wie man sich leicht überzeugen kann, noch geringer als bei starker Finger-Finger-Perkussion, bei der nur von dünnen Weichteilen umkleidete Knochen des P.-Fingers immer einen deutlich vernehmbaren Ton gibt. Man überzeugt sich hiervon am leichtesten, wenn man diese beiden Perkussionsarten über dicken Weichteilen, z. B. über dem Oberschenkel vergleicht. Ein weiterer Vorzug des W.-Pl. beruht darauf, dass die Platte dicht, aber mit gleichmässigem Druck der Haut aufliegt. Bei Benutzung eines starren P. können durch verschieden starkes Aufdrücken, zumal bei kräftigem Anschlag, Schalldifferenzen entstehen, die leicht zu Täuschungen führen. Bei Benutzung meines W.-P. hindert bei gewöhnlicher Handhabung das weiche, nachgiebige Verbindungsstück der Platten ein zu starkes, ungleichmässiges Aufdrücken. Die Art des erzeugten Perkussionsstosses ist etwas anders als bei Benutzung eines harten P., bei der der Schlag elastischer, kürzer ist; der Hammer schnellt von der harten, unnachgiebigen Unterlage zurück. Beim Zusammentreffen gleich konsistenter weicher Gummimassen wird ein langsamer, gleichsam zögernder Stoss hervorgerufen. Die verschiedenen Qualitäten des Perkussionsschalles werden bei Benutzung des W.-P. durch die geänderten physikalischen Bedingungen etwas modifiziert gegen die gebräuchliche Perkussion auf harte P. Doch gehört nur wenig Uebung dazu, um bald die charakteristischen Unterschiede der einzelnen Schallarten wiederzuerkennen und gegeneinander zu differenzieren. Die Auffindung geringer Unterschiede in der Schallhöhe und Schallintensität sowie der Nachweis eines nur geringen tympanitischen Beiklangles wird wesentlich erleichtert durch den Wegfall des P.-Eigenschalles. Besonders zur Auffindung zentralgelegener Lungenherde mit tympanitischem Beiklang mittels kräftiger Tiefenperkussion hat sich dieses Verfahren gut bewährt. Ausser zur vergleichenden Perkussion korrespondierender Körperregionen ist das W.-P. auch zur Grenzbestimmung der Organe zweckdienlich. Zur scharfen Abgrenzung lufthaltiger gegen luftleere Organe benutzt man zweckmässig die dicke Platte des P. in Kantenstellung. Zur Perkussion

der Milz, zur Feststellung der unteren Lebergrenze ist diese Methode sehr empfehlenswert. Auch die Darstellung der absoluten Herzdämpfung liefert bei dieser Untersuchungsart sehr exakte Resultate. Ich bestimme regelmässig beide Figuren, das Gebiet der absoluten und das der relativen Dämpfung, und habe stets gefunden, dass zur Diagnosenstellung eine Erwägung der so gewonnenen Resultate unter Berücksichtigung der auskultatorischen Phänomene vollständig ausreichend ist, wenn auch natürlich die Röntgenfernphotographie den Ansprüchen minutiöser Grenzbestimmungen besser genügt.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 27.)

- **Ueber ein praktisches Kollodiumglas** schreibt Dr. Steinhil (Stuttgart): „Das zweckmässigste Mittel, um einen kleinen Verband auf einer glatten, bezw. rasierten Körperstelle zu befestigen, ist zweifellos das Kollodium. Ein praktisches Kollodiumglas stellt man sich in der Weise her, dass man in einer Glashandlung, etwa bei Rominger, ein gewöhnliches dunkles Tropfglas mit eingeschliffener Pipette kauft, von 50 ccm Inhalt. Von der in das Glas hineinragenden Pipette schneidet man mit der Stahlfeile ein Stück ab und befestigt im Rest mittelst einiger flachgeschnittener Korkstückchen einen ziemlich starken Haarpinsel. Die freie obere Oeffnung der Pipette wird durch ein eingepasstes Korkstückchen, das man mit dem Glasrand abschneidet, verschlossen. Die lange Pipette ermöglicht eine sichere, bequeme Pinselführung. Bei regelmässigem Gebrauch funktioniert das Glas vorzüglich. Es ist namentlich geeignet zum raschen Verschluss kleiner Wunden an der Hand: eine Spur Xeroformpaste auf die Wunde, ein Flöckchen Watte fest darauf gedrückt, darüber ein paar Pinselstriche Kollodium und man hat einen Schutzverband, der kleinere Operationen, auch eine Geburt, gut aushält.“

(Mediz. Korrespond.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins, 1909 Nr. 22.)

- **Die Unschädlichkeit der Formaminttabletten** beweist wieder ein Vorfall, den C. Panzerbieter (Altenburg) berichtet. Sein vierjähriger Junge ass in $\frac{1}{2}$ Stunde 20 Stück derselben und trug keinerlei Schaden davon; auch die mehrere Tage vorgenommene Harnuntersuchung fiel negativ aus.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 39.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Ein praktischer Ausweg für den Arzt

bei der oft schwierigen Frage des Krankengetränkes ist die Verordnung von Kathreiners Malzkaffee. Dieser ist infolge seiner spezifischen Riech- und Schmeck-Stoffe wohlschmeckend und besitzt gewisse anregende Wirkungen, ohne in irgendeiner Hinsicht schädlich zu sein, Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu empfehlen.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

Ichthyol-Gesellschaft
Cordes, Hermann & Co. **HAMBURG.**

Alleinige Fabrikanten von:

Ichthyol.

Bewährtes organisches Schwefelpräparat.

Ichthoform.

Bewährtes Darmantisepticum.

Literatur und Gratisproben vorstehend verzeichneter Präparate, deren Namen uns gesetzlich geschützt sind, stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.



Diätvorschriften,

die der Arzt geben muss, sind für den Patienten meist gleichbedeutend mit Verzicht auf ein liebgewordenes Genussmittel und werden deshalb oft nicht befolgt.

In allen Fällen, in denen der Patient keinen Kaffee trinken darf, wird der Arzt durch Empfehlung des coffeinfreien „Kaffee Hag“ seinen Zweck erreichen, ohne dem Patienten den Kaffeegenuss nehmen zu müssen. „Kaffee Hag“, coffeinfrei, enthält nur noch geringe, physiologisch unwirksame Mengen von Coffein, schmeckt aber genau wie jeder andere gute Kaffee. —

**Die Kaffee-Handels-Aktien-Gesellschaft, Bremen,
sendet auf Wunsch Gratisproben
und wissenschaftliche Literatur.**

Jodtropon-Tabletten.

Jede Tablette à 1 g enthält 0,05 g Jod
an Tropon gebunden. Angenehm zu nehmen.

~~~~~ Literatur und Proben kostenfrei durch ~~~~~

**Troponwerke Mülheim a. Rh.**



Warum **Kaisers Kindermehl**  
eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis  
1/4 kg - Dose 65 ¢

Proben gratis  
1/2 kg - Dose 1.25.

**Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.**

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,  
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

**Dr. Walther Koch's „Praevalidin“**

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer  
und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung  
und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie  
und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-  
roborierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur  
auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Ge-  
brauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

**Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik**  
**in Döhren bei Hannover.**



Deutsch-Südtirol

# Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

## Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

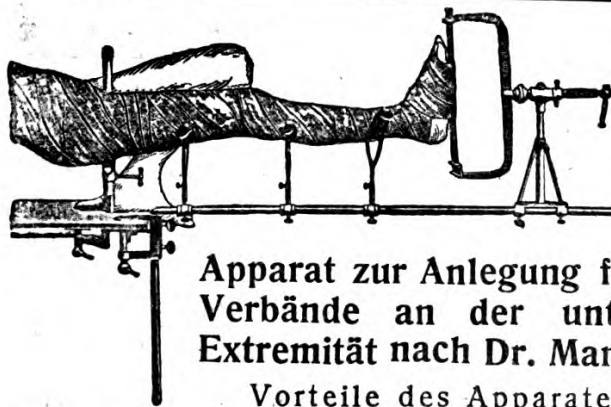
Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt.

**Lenicet**  
**Euvaselin**  
**Bleno-Lenicet-**  
**Salben**

Dr. R. Reiss'  
Lenicet- u.  
Euvaselifabrik  
Charlottenburg 4

schwerlös-  
essigsaurer  
Tonerde  
in  
Streupulvern,  
Salben:  
Chirurgie,  
Dermatolog.  
Ophthalmolog.  
Gynaecolog.



Apparat zur Anlegung fester  
Verbände an der unteren  
Extremität nach Dr. Manasse

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Operation von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
  2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
  3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
  4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.
- Preis Mk. 120.—.** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowerstr. 18/19, Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.**

### Neuheit!

D. R. P. Nr. 193 523.

D. R. G. M. Nr. 329 682.

vergl.  
„Zentralblatt  
für  
Chirurgie“  
Nr. 18,  
1908.

ohne  
ärztliche  
Assistenz.



Aus dem Quellniederschlage der  
Schwefelquellen des Königl.  
Bades Nenndorf, aus neu-  
traler Seife und Lanolin,  
wird durch Pürieren  
hergestellt die  
überfettete

**Nenndorfer Schwefelseife**

Bestes kos-  
metisches Mittel  
bei unreiner Haut,  
Heilmittel bei nassen-  
den und trockenen Aus-  
schlägen und Flechten, Pso-  
riasis vulgaris, Sykosis, Pru-  
ritus, Furunculosis etc. etc.

**Nenndorfer Mundwasser**

ist gegen Stomatitis das wirksamste, an-  
genehmste und billigste Mittel zur gründ-  
lichen Pflege des Mundes und der Zähne.

Zu haben in den Apoth., ev. durch Apoth.  
A. Jacobi, Bad Nenndorf b. Hannover.

**Laxin  
Confect**

**Original Dose (20 Stück) 1-Mark**

**Abführende  
Fruchtpasten**

von höchstem  
Wohlgeschmack  
und sicherer,  
milder Wirkung.

Proben und Literatur gratis.

**Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.**

Prof. Dr.  
**Soxhlet's**

**Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung sowie für  
ältere Kinder und Erwachsene während und  
nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulver-  
form in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.50.

Nährzucker-Kakao in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric.  
die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 1.80.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat.  
sol. Ph. IV. die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 2.—.

Leicht verdauliche **Eisenpräparate**, klinisch bewährt  
bei Atrophie und Anämie.

== Den Herren Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei. ==

**Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., Pasing b. München.**

# Albin

## H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>=Zahnpasta

stark desinfizierend und desodorisierend, dabei völlig ungiftig. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, foetor ex ore u. dgl.

# Lactagol

## Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten, Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

# Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

---

---

## Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

**XIX.**  
**Jahrgang.**

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**Einzelpreis 45 Pf.**

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—  
zuzüglich Porto.

**№ 5.**

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

**Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.**

## Inhalts-Verzeichnis:

Blutungen. — Congelatio. — Gonorrhoe. — Hysterie. — Intoxikationen. —  
Magen- und Darmaffektionen. — Mikuliczsche Krankheit. — Pollutionen. —  
Rhinitis. — Tuberkulose. — Tumoren. — Vermischtes. —  
Bücherschau.

# Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzeneiweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. = Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2–6 Tabletten täglich. = Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes J = Literatur und Proben kostenfrei.

**Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz**

**CARL SALLMANN IN LEIPZIG.**

Digitized by

Google

1909.

Original from  
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
**ELBERFELD.**

**Neu!**

**Neu!**

# fsurol

leicht wasserlösliches, reizloses  
Quecksilberpräparat

## für die Syphilistherapie

zur subkut. resp. intramuskulären Anwendung.

In Substanz à 1, 5, 10 g.

In Ampullen à 2 ccm. 5% Lösung.

*„Originalpackung - Bayer.“*

## Nach der neuesten Analyse

von Professor Dr. W. Sonne, Darmstadt, beträgt der Gehalt der „Kaiser Friedrich-Quelle“, Offenbach a. M., Natron-Lithion-Quelle I. Ranges, an **Natron** 1,3578500 g = 58,9089 Millimolen in 1000 g, an **Lithion** 0,0024416 g = 0,3473 Millimolen in 1000 g. Dadurch wird die vorzügliche Wirkung bei Gicht und Nierensteinen erklärt; ferner ist die „Kaiser Friedrich-Quelle“ indiziert bei chronischer interstitieller Nephritis, bei chronischen Erkrankungen des Respirationsapparates, bei manchen Magenkrankheiten und bei Cholelithiasis.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

Das Problem der rationellen Phosphorthherapie ist erst durch die Entdeckung des Phytin gelöst worden.

# PHYTIN

Stoffwechsel und Appetit **anregend**, blutbildend, das Körpergewicht erhöhend, Nerven **stärkend**.

## Natürliches Kräftigungsmittel.

Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze.

Aus Pflanzensamen hergestelltes, vollständig definiertes organisches Phosphorprinzip. Enthält **22,8%** organisch gebundenen Phosphor in vollkommen assimilierbarer **ungiftiger** Form.

Rp. 1 Originalschachtel Phytin-Kapseln M.2,80.

## PHYTIN LIQUIDUM.

Für weniger Bemittelte u. Kassenpatienten.  
Rp. PHYTIN liq. 1 Originalglas (zirka 6 Tage reichend) M. 1,20.

## FORTOSSAN.

**Phytin-Milchzucker-Präparat** für Säuglinge und Kinder unter 2 Jahren.

## CHININPHYTIN

vereinigt die spezifische Chininwirkung mit der roborierenden des Phytin. ::

## Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

## Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz der versendeten natürlichen Mineralwasser.

## Dr. Sandow's medizinische Brausesalze <sup>zu</sup> Trinkkuren.

## Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

## Dr. Ernst Sandow's Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20, 30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

## Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarrhal. u. entzündl. Augenerkrankungen, sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

**Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.**

Eine konsequent durchgeführte Behandlung mit

# Collargol

(Klysmen — Injektionen)

**heilt bei genügender Dosierung viele Fälle  
schwerster Allgemeininfektionen,**

Pyämie (besonders puerperale), akuten Gelenkrheumatismus  
(namentlich gegen Salicyl hartnäckige Formen),

Typhus, Gonokokkensepsis, Mischinfektion bei Phthise etc.

# Salit

**Schnell schmerzstillendes und heilendes  
Einreibemittel.**

Salit wird unverdünnt von der Haut vertragen.

## Indikationen:

Muskelrheumatismus, leichter ak. Gelenkrheumatismus,  
Neuralgien, Tendovaginitis,  
rheumatische Pleuritis, Gallensteinschmerzen.

Rp. Salitum purum 50 g in Originalpackung

S. 2—3mal täglich  $\frac{1}{2}$ —1 Kaffeelöffel voll

in die gut gereinigte trockene Haut der schmerzenden Stelle  
einzureiben.

**Creosotal „Heyden“, Duotal „Heyden“,**

altbewährte Heilmittel

**bei allen infektiösen Krankheiten der Luftwege.**

Proben und Literatur kostenfrei.

**Chemische Fabrik von Heyden,  
Radebeul-Dresden.**

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

### zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

*Februar*

*XIX. Jahrgang*

*1910*

### **Blutungen. Tod an Pachymeningitis haemorrhagica, 60**

**Tage nach Sturz auf den Kopf, als Unfallfolge anerkannt.** Von Dr. Ernst Ruge, Assistenzarzt am Städtischen Krankenhaus am Urban zu Berlin:

„Der bis zu seinem Unfall völlig gesunde, kräftige Strassenarbeiter Anton R. war am 19. Juli 1904 mit Einfahren von Kleinschlag in ein Schiff beschäftigt. Beim Umkippen einer beladenen Schiebkarre schlug ihm der linke Baum derselben gegen die linke Seite, wodurch der Mann das Gleichgewicht verlor, und etwa 3 $\frac{1}{2}$  m tief von der Ladeplanke ins Schiff auf dort aufgeschichtete Chausseesteine fiel und dann mit dem Kopf gegen die eiserne Innenwand des Schiffsrumpfes schlug. Er war einige Minuten völlig bewusstlos, erholte sich aber dann soweit wieder, dass er von einem Kameraden in die Arbeiterbude geführt werden konnte. Hier erbrach er mehrmals und klagte über ‚Tollsein im Kopfe‘. Er sass dann etwa zwei Stunden teilnahmslos und noch halb benommen in der Bude, worauf er sich soweit erholte, dass er den nahewohnenden Dr. Dr. aufsuchen konnte, der ihm unter anderen kleineren Verletzungen eine 3 cm lange Risswunde über dem linken Scheitelbein verband. Er machte dem Arzte Angaben von sehr starken Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Benommenheit, die jedoch der Arzt als übertrieben ansah. In der Tat fühlte sich der Pat. schon zwei Tage später wieder viel besser, klagte nur noch über Kopfschmerzen. Fünf Tage nach dem Unfälle tat er schon wieder leichte Arbeiten auf einem Weinberg. Doch verliessen ihn die Kopfschmerzen nicht mehr. Am 15. Juli,



also acht Wochen nach dem Unfall, waren sie wieder so stark geworden, dass er von neuem den Herrn Dr. Dr. rufen liess. Dieser fand ausser einer verhältnismässig niederen Pulsfrequenz (60) zunächst nichts besonderes; jedoch verschlimmerten sich die Kopfschmerzen, die besonders links auf die Höhe des Scheitelbeins lokalisiert wurden, im Laufe der folgenden Tage rapide, zugleich traten Anfälle von Bewusstseinsstörungen auf. Am 19. Juli traf Herr Dr. Dr. den Pat. bewusstlos im Bett, mit zeitweise aussetzender Atmung von Cheyne-Stokesschem Typus, Lippen-Ventilatmung, verengten, starren Pupillen, unregelmässigem und stark verlangsamtem Puls. Ferner hatte der Arzt den Eindruck, als sei der Muskeltonus der rechten Körperhälfte im Gegensatz zur linken stark erhöht. Pat. reagierte nicht auf Kneifen oder Stechen. In den nächsten Tagen kam das Bewusstsein noch verschiedentlich wieder; Pat. erkannte dann seine Umgebung und sprach zusammenhängend und vernünftig. Am 26. Juli wurde der Puls schlecht, Pat. wurde wieder völlig benommen, liess Urin und Stuhl unter sich und starb in der Nacht darauf, 67 Tage nach seinem Unfall. Lues wurde geleugnet, die Frau hatte sechs gesunde Kinder, hatte nie abortiert. Die von mir am 29. Juli ausgeführte Autopsie ergab (das Unwichtige fortgelassen): Etwa 5 cm von der Mittellinie über dem linken Scheitelbein findet sich eine etwa  $2\frac{3}{4}$  cm lange, ungefähr längsgestellte, weissliche, glatte, haarlose Narbe, die mit der Kopfschwarte über dem Knochen verschieblich ist. Sie entspricht in Grösse und Lage einer blaurötlichen, leicht eingesunkenen Knochennarbe auf der Scheitelbeinaussenfläche. Etwa in der Mittellinie des Schädels, zirka 5 cm hinter der Kranznaht eine zweite, kleine, rundliche, ähnlich wie die erste beschaffene Knochennarbe, von der Grösse eines Hirsekorns mit strahligen Ausläufern, aber ohne entsprechenden Befund an der Kopfhaut. Die Schädelkalotte ist schwer, dick, mit reichlicher Zwischenschicht. Ihre Innenfläche haftet vorn links etwas an der Dura. Die linke Hälfte der Dura ist enorm verdickt und stark blutig imbibiert. Die Innenfläche der Dura zeigt rechts eine grössere Anzahl  $\frac{1}{2}$ —3 cm grosser, nicht abwischbarer, doch mit der Pinzette als bluthaltige Membranen abziehbarer, bis 1 mm prominenter Flecken. Die ganze Innenfläche der linken Dura mater ist von bis fingerdicken, schwärzlichen Blutmassen, die zum Teil geronnen, zum Teil noch flüssig sind, unterlagert. Sie reichen nach oben hin bis zur Mittellinie, nach unten bis zur Schädelbasis.



Sie sind eingelagert zwischen einerseits die Durainnenfläche, andererseits einer harten, membranösen, durchscheinenden Haut, die an den Rändern des Blutergusses in die Dura übergeht und sich so als infolge der B. neugebildeter Teil der Dura ausweist. Die grösste Dicke besitzt das Hämatom an den den Narben der Kopfhaut und der Schädeldecke entsprechenden Stellen. Es ist teilweise schon von der Dura aus bindegewebig organisiert. Pia und Piagefässe ohne Besonderheiten. Die linke Grosshirnhemisphäre zeigt eine dem Hämatom entsprechende Deformierung. Im übrigen sind die Windungen der Grosshirnhemisphären stark abgeflacht, der linke Gyrus fornicatus ist unter der Grosshirnsichel nach rechts über die Mittellinie hinübergedrängt. Substanz und Gefässe des Gehirns ohne pathologische Besonderheiten. Im übrigen absolut normaler Leichenbefund, besonders die Gefässe, das Herz, die Nieren, die Leber betreffend. Vor allem keine Arteriosklerose. — Auf Grund dieses Sektionsergebnisses stellte ich übereinstimmend mit Herrn Dr. Dr. die Diagnose: Schubweise entstandenes Hämatom der Dura mater, ausgehend von einer traumatischen Pachymeningitis haemorrhagica. Keine Apoplexie. Ein kausaler Zusammenhang des Hämatoms mit dem Unfall am 19. Mai 1904 wurde als mit grösster Wahrscheinlichkeit vorhanden bezeichnet und der Verlauf des schliesslich zum Tode führenden Prozesses folgendermassen erklärt: Der schwere Fall auf die linke Schädelhälfte hatte ausser den Quetschwunden der Weichteile und den leichten Impressionen der sehr dicken Schädeldecke multiple Zerreissungen kleiner arterieller Gefässe der Dura im Gefolge. Es entstand ein flaches Hämatom, das organisiert, teilweise auch resorbiert wurde. Als der Pat. seine Arbeit wieder aufnahm, erfolgten Schübe von Nachblutungen unter die durch Organisation der Hämatome sich immer wieder verdickende Dura mater, bis die letzte stärkere B. am 19. Juli eine derartige Raumbewegung innerhalb des Schädels verursachte, dass der Pat. unter undeutlich lateralisierten Symptomen von intrakranieller Drucksteigerung zugrunde ging. Die Steinbruchsberufsgenossenschaft schloss sich dem erstatteten Gutachten an und bewilligte das Sterbegeld und Reliktenrente.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 42.)

— **Die Erzeugung einer schweren Hämatemese durch Läsion der Nasenscheidewand.** Von Dr. Rücker in Werden (Ruhr): „Als Arzt der kgl. Strafanstalt Werden hatte ich Gelegenheit zur Beobachtung des folgenden Simulationsversuches:

Am 7. III. 08 wurde ich abends geholt, ein Gefangener B. (ein hysterisch Degenerierter) habe grosse Mengen Blut gebrochen. Ich fand ihn sinnlos betrunken im Bett vor, er hatte eine erhebliche Menge Politur als Abendtrunk genossen; er hatte über zwei Liter blutige Flüssigkeit, in der grosse Blutgerinnsel schwammen, ausgebrochen. In den nächsten 14 Tagen wiederholten sich diese Hämatemesen in bedrohlicher Weise, der Pat. brach wiederholt reine Blutmengen von 1—1½ Liter und war vollständig ausgeblutet. Zunächst nahm ich an, es handle sich um ein Ulcus, vielleicht auch um einen Schellackstein als Folge des Politurtrinkens. Politur ist trotz aller ‚Geschmackskorrigentien‘ ein sehr begehrtes Getränk in der Strafanstalt. Der Verlauf der Erkrankung machte mich misstrauisch. Das Körpergewicht ging nicht so zurück, wie es der vorgeschriebenen Leubediät und dem ständigen Brechen entsprach, urplötzlich änderte sich das Bild, der Kranke, der vorher fast alles ausbrach, konnte plötzlich alles, auch die grösste Kost, beschwerdefrei vertragen. Nun brachte ich ihn durch energisches Zureden dazu, dass er mir gegen die Zusicherung, straffrei zu bleiben, gestand, wie er dieses Blutbrechen hervorgerufen hatte. Ich hatte daran ein grosses Interesse, denn es waren eine ganze Reihe Gefangener in der Anstalt, die häufig B. von 100—300 ccm, einer bisweilen von 1—1½ Liter, erbrachen, die meiner Ueberzeugung nach simulierten. B. hatte sich mit dem wohlgepflegten Fingernagel hoch oben am Nasenseptum eine Risswunde beigebracht, das Blut alsdann bei stark hintenüber geneigtem Kopfe durch den Rachen in den Magen fliessen lassen und dann wieder ausgebrochen. Diese Prozedur hatte er alsdann im Lazarett wiederholt. Bei der Untersuchung nach diesem Geständnis fand ich beiderseits hoch am Septum schmierig belegte Ulzerationen, die Folgen seiner Eingriffe. Aehnliche Ulzerationen nebst den dazugehörigen schönen Fingernägeln fand ich auch noch bei zwei anderen an ‚Blutbrechen‘ leidenden Gefangenen. — Seit dieser Feststellung hat diese merkwürdige Krankheit im hiesigen Zuchthause völlig aufgehört. In der ersten drei Jahren meiner Tätigkeit verging kaum ein Monat, ohne dass ein Gefangener Blut brach und für seinen kranken Magen Krankenkost haben wollte. Seit 1½ Jahren ist kein Fall von ‚Blutbrechen‘ mehr von mir beobachtet worden. Bemerkenswert ist an dieser Beobachtung ja nur, dass es gelingt, auf diesem Wege sehr grosse Hämatemesen vorzutäuschen, die den Pat. völlig ausgeblutet und

in Lebensgefahr erscheinen lassen. Ferner ist erwähnenswert, dass diese Verletzungen oben am Septum noch nach Monaten, (bei B. sind sie heute nach 1½ Jahren noch sichtbar) nachweisbar sind. Ich erinnere mich aus meiner Assistentenzeit in Köln mehrerer solcher Magenblutungen zweifelhaften Ursprungs. Vielleicht hilft dem einen oder anderen Kollegen der Nasenspiegel in ähnlichen Fällen zu einer Feststellung der Quelle der B. und wird dadurch der eine oder andere Hysteriker vor einem operativen Eingriff bewahrt.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 45.)

— **Ueber ein Haselnusspräparat „Mensan“ als Hämostypticum.**

Von Prof. Dr. H. Boruttau und Dr. G. Davidsohn (Charlottenburg). Das von der Firma Dr. A. Gude in Leipzig hergestellte Präparat wurde experimentell und klinisch geprüft. Es übt keine Herz- und allgemeine Gefäßwirkung aus, nur eine prompt kontraktionserregende. Das Präparat bewährte sich bei den menstruellen B. auf der Basis der chron. Endometritis. Es wurde während der Dauer der B. zweimal täglich ein Esslöffel gegeben.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 48.)

**Congelatio.** Dr. Schalenkamp (Krombach i. W.). Die

**Behandlung lokaler Erfrierungen ersten und zweiten Grades mit Calcaria chlorata und Krewels 10% Ichthyolsapen.** Binz empfahl seinerzeit gegen die Frostbeulen eine Salbe aus Calcar. chlor. und Ungt. paraff. 1:9. Diese Salbe hat zweifellos auf die Frostbeulen eine günstige Einwirkung, die Heilung tritt aber langsam ein. Autor ist mit folgender Behandlung rascher zum Erfolg gekommen. Von der Erwägung ausgehend, dass bei allen Geschwüren Salben den Sekretabfluss hindern, Bäder dagegen die Geschwüre reinigen, sowie dass die Paraffinsalbe an und für sich nur geringe Mengen Calcar. chlor. abgeben kann, ist er zu Bädern mit diesem Mittel übergegangen und verordnet sowohl bei offenen Ulzerationen wie auch bei nicht aufgebrochenen Frostbeulen Hand- oder Fussbäder mit Chlorkalk, und zwar in ein Hand- oder Fussbad, je nach Menge des Wassers, 1—2 Esslöffel des gewöhnlichen, neuerdings in wasserdichter 100 g-Packung in den Apotheken geführten Chlorkalks. Diese Teilbäder lässt er etwa 15 Minuten bei 34,5° Celsius nehmen. Bei Erfrierungen der Ohren lässt er mit gleicher Badelösung etwa gleiche Zeit Umschläge machen. Alsdann werden die Teile mit weichem Leinen gut getrocknet und drei-

stündlich die nicht ulzerierten Teile mit 10%igem Ichthyolsapen Krewel gut eingerieben. Ulzerierte Stellen werden mit dem Ichthyolsapen verbunden. Findet sich eine erysipelatöse Entzündung, so macht Autor nach dem Bade feuchte Einpackungen mit einer Mischung von Sol. liqu. alum. acet. und Alkohol, bis diese zurückgeht und beginnt dann mit der Anwendung des Ichthyolsapens. Bei Frost der Nase kommt man, da hier die Erscheinungen meist geringer sind, mit Ichthyolsapen-Einreibungen aus. Der Erfolg ist eklatant. Eine Packung Ichthyolsapen und zwei Packungen Chlorkalk zu 100 g führen stets zur Heilung. Wichtig ist es nun, die Behandlung mit Ichthyolsapen auch nach Ablauf der subakuten Erscheinungen fortzusetzen und mindestens mehrere Male wöchentlich das Ichthyolsapen einzureiben. Dadurch werden Rückfälle im gleichen Winter und für spätere Jahre am ehesten verhütet.

(Ärztliche Rundschau 1909 Nr. 42.)

### **Gonorrhoe. Ein Gonorrhoe-Suspensorium mit Tasche hat**

L. Meyer konstruiert. „Es besteht aus einem gewöhnlichem S., an welchem vor der Oeffnung, durch die das Glied gesteckt wird, mittels dreier Knöpfe, zwei oben und einer unten, eine breite, aus 8 Lagen Mull bestehende, leicht auswechselbare Tasche befestigt ist. Indem einerseits die Tasche aus einem den Ausfluss aufsaugenden Stoff besteht, andererseits leicht auswechselbar an dem S. angebracht ist, wird die Wirkung erzielt, dass unter Vermeidung von Einlagen, welche die Harnröhrenöffnung verschliessen und dadurch die Sekretstauung fördern, ein Selbstaufsaugen des Trippereiters durch die Tasche ermöglicht und ferner durch entsprechend häufiges Auswechseln der Tasche ein Durchsickern des Eiters, Beschmutzung der Wäsche und bei chronischer G. Reinfektion durch alten Eiter verhindert wird. Dadurch, dass die Tasche weit, weich und dünn ist, wird jede Wärmeentwicklung und Reibung, die zu Blutzufuss, Entzündungssteigerung, Erektionen führen und der Heilung schädlich sein könnte, verhindert und das Glied weder durch Druck noch durch Zug in seiner natürlichen Lage beeinflusst, also auch der Eiterabfluss in keiner Weise gehemmt. Durch einfaches Oeffnen der beiden oberen Knöpfe kann das Glied jederzeit zum Urinieren aus der Tasche gehoben werden. Mit dem S. wird eine grössere Anzahl von Taschen gleich mitgeliefert. Der Ladenpreis des S. inklusive 12 Dutzend Taschen stellt sich auf ungefähr 2 Mk.: die Taschen sind

auch allein erhältlich. Das S. ist in dem dermatologischen Institut von Prof. Blaschko praktisch auf seine Brauchbarkeit geprüft worden und hat sich gut bewährt. Auch hatte Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neisser die Liebenswürdigkeit, das S. in seiner Breslauer Klinik zu erproben. Die Bandagenfabrik Arnold Laboschinski in Berlin, Neue Königstrasse 5., liefert vorstehendes S. unter der Bezeichnung ‚Dr. Ludwig Meyers Taschensuspensorium‘ nur an Wiederverkäufer und ist gern bereit, den Herren Aerzten die Detaillbezugsquellen mitzuteilen.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 39.)

- **Ueber zwei Fälle von Ulcus gonorrhoeicum serpiginosum beim Manne** berichtet St.-A. Dr. Xylander (Garnison-lazarett Dresden); Beide Fälle zeichnen sich dadurch aus, dass die Geschwüre zu Beginn, wie bei den von Thalmann besprochenen Fällen, grosse Aehnlichkeit mit Follikulärschankern zeigten; mit fortschreitender Unterminierung der Haut trat zunächst eine derbe Infiltration der Geschwürsränder sowie eine bläulich-rote Verfärbung der diesen zunächst liegenden Hautpartien auf, und erst allmählich kam es zu einer Nekrose derselben. Während bei Fall 1 ein allmähliches Fortschreiten des Geschwürsprozesses an der Peripherie nach allen Seiten hin gleichmässig wahrzunehmen war, heilten bei Fall 2 die zuerst befallenen Partien ab, und der Prozess griff nur nach einer Richtung hin fort. In beiden Fällen liess sich eine starke Neigung im Fortschreiten des Zerfalls nach der Tiefe zu feststellen. Eigentümlicherweise liessen sich in den Geschwüren anfangs, obwohl der Verdacht auf deren gonorrhoeische Natur vorlag, trotz sorgfältigster und wiederholter Untersuchung Gonokokken nicht nachweisen; erst nachdem mit Argentum nitricum eine Reizung stattgefunden, konnten Gonokokken, in Zellen liegend, festgestellt werden. Es ist dies wohl darin begründet, dass sich einerseits die Gonokokken im Sekret solcher Geschwüre nicht so zahlreich finden wie im Eiter der akuten Urethralgonorrhoe und andererseits das Argentum nitricum provokatorisch dadurch wirkt, dass es durch Reizung der Gewebe eine vermehrte Sekretabsonderung und einen günstigeren Nährboden für die Gonokokken schafft. Aetiologisch ist bemerkenswert, dass der früher bestandene Tripper bereits abgeheilt war, als es zu einem gonorrhoeischen geschwürigen Prozess in den umliegenden Hautpartien kam. Man muss annehmen, dass entweder lebensfähige Gonokokken

im periurethralen Gewebe noch vorhanden waren, die nach den betreffenden Stellen sekundär verschleppt wurden, oder dass es zu einer primären Infektion von gleichzeitig bestandenen Ulzerationen gekommen ist, wie es bei Fall 2 den Anschein hat. Gemäss dem ätiologischen Moment ist die Behandlung solcher Ulcera eine antigonorrhoeische. Es ist geradezu frappant, wie rasch eine Heilung bei energischer Behandlung mit Protargol erzielt werden kann. Beide Fälle lehren, dass bei Geschwüren, welche anfangs als weiche Schanker imponieren und dann wenig Tendenz zur Heilung zeigen, es trotz anfänglicher Abwesenheit von Gonokokken im Urethral- sowie Prostatasekret eine unumgängliche Notwendigkeit ist, wiederholt auf Gonokokken zu fahnden, bezw. wenn keine andere Therapie hilft, es mit antigonorrhoeischen Mitteln einmal zu versuchen; nur so ist es möglich, bei dem fast immer ausgesprochen serpiginösen Charakter der Geschwüre den Pat. vor grösserem Schaden zu bewahren. Sehr gute Dienste leistet bei der Diagnosenstellung provokatorische Behandlung mit Argentum nitricum, besonders auch in den Fällen, wo es sich eigentlich darum handelt, eine alte, noch nicht vollkommen ausgeheilte Urethralgonorrhoe ohne positiven Gonokokkenbefund festzustellen. (Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 37.)

- **Akute kryptogenetische Polyarthrits gonorrhoeica.** Von Ob.-A. Dr. O. Mayer (Garnisonlazarett Nürnberg). Es handelte sich um eine unter dem Bilde des akuten Gelenkrheumatismus einsetzende Krankheit. Befallen waren sieben Gelenke, und zwar trat die Schwellung mit Ausnahme des linken Fussgelenkes und des Endgelenkes des fünften linken Fingers, sprunghaft auf. Im späteren Verlaufe der Krankheit trat immer deutlicher Periostitis und ödematöse Schwellung in der nächsten Umgebung der Gelenke in den Vordergrund. An einer Stelle, dem Endgelenk des fünften linken Fingers, schritt der Prozess bis zur Zerstörung des Gelenkknorpels, eitriger Osteomyelitis und Ostitis mit Ausgang in Ankylosierung des befallenen Gelenkes fort. Das Bild erinnerte im späteren Verlauf der Erkrankung an akute Gonokokkenpolyarthrits, besonders wegen der starken Beteiligung der periartikulären Partien und des intermittierenden Fiebers, jedoch war das sprunghafte Auftreten der Gelenkerkrankungen und das Befallensein vieler Gelenke abweichend von dem gewöhnlichen Bild dieser Infektion. Da anamnestisch jeder Anhaltspunkt fehlte und die Untersuchung der Geschlechts-

organe auf keinerlei Erkrankung derselben hinwies, hätte der Fall ätiologisch durch die klinische Beobachtung nicht aufgeklärt werden können. Nach dem Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung handelte es sich aber zweifellos um eine durch Gonokokken hervorgerufene Gelenkeiterung am linken fünften Finger, da aus dem der Tiefe entstammenden Eiter der Knochenmarkshöhle Gonokokken in Reinkultur gezüchtet wurden. Das Ergebnis der Gruber-Widalschen Reaktion sprach im Verein mit dem klinischen Krankheitsbild für eine gonorrhoeische Allgemeininfektion. Der Fall ist nicht etwa als Komplikation einer G. an sich erwähnenswert — denn solche sollen je nach Neisser etwa in 0,7% aller zur ärztlichen Kenntnis gelangenden G.-Fälle eintreten —, sondern wegen seines etwas abweichenden Verlaufes vom gewöhnlichen Bild der Gonokokkenarthritis und wegen des Fehlens von G. in der Vorgeschichte und im ärztlichen Befunde. Infolge der genauen vierwöchentlichen Kontrolle beim Militär muss man annehmen, dass eine Urethritis gonorrhoeica während der achtmonatlichen Dienstzeit entweder gar nicht, oder in so geringem Grade bestand, dass dieselbe der Beachtung entging. Das Gleiche muss man vier Wochen vor der Einstellung annehmen, da bei der Untersuchung nach derselben eine G. noch viel weniger leicht übersehen werden konnte. Eine gonorrhoeische Erkrankung des Pat. an den Geschlechtsorganen hat also — seiner Angabe entsprechend — entweder gar nicht oder vor neun Monaten oder in so geringem Grade stattgefunden, dass er dieselbe nicht beachtete. Eine extragenitale Infektionspforte kann nicht völlig ausgeschlossen werden. Wollte man eine geringe, dem Pat. nicht zum Bewusstsein gekommene Infektion annehmen, so muss eine sehr geringe Widerstandsfähigkeit gegen G. individueller Natur vorliegen, weil nach einer solchen eine Allgemeininfektion folgte.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 49)

- **Ein Beitrag zur Arhovin-Therapie** von Dr. Feres (aus dem öffentlichen städtischen Krankenhause in Midkolcz). Am hervorstechendsten ist auch in den Feresschen Fällen wieder der besonders günstige Einfluss auf die subjektiven Beschwerden, sowohl bei der akuten G. als auch bei der akuten Cystitis. Ein Nachlass der Dysurie und der schmerzhaften Erektionen ist schon in den ersten Tagen des Arhovingebrauches deutlich. Ferner ist bemerkenswert, dass es auch bei hohen Dosen, längere Zeit hindurch gegeben,

niemals Nierenreizung macht und keine Magenstörung verursacht. Aus diesen Gründen sieht Feres sich veranlasst, seinen Bericht mit den Worten zu schliessen: „Aus dem Verlauf der Fälle geht deutlich hervor, dass Arhovin, intern verabreicht, ein von jeder schädlichen Nebenwirkung freies und dabei äusserst wirkungsvolles Unterstützungsmittel in der Therapie der G. ist.

(Ärztl. Zentral-Ztg. 1909 Nr. 46.)

### **Hysterie. Ueber Pseudoparalysis agitans (hysterica) schreibt**

Dr. Müller de la Fuente (Schlangenbad): „Ueber die Fähigkeit Hysterischer, die verschiedenartigsten Krankheitsformen derart vorzutäuschen, dass es oft einer längeren und eingehenden Beobachtung zur Feststellung der hysterischen Grundlage bedarf, ist schon oft geschrieben worden. Der folgende Fall, der auch in dieses Kapitel gehört, scheint mir jedoch in mehr als einer Hinsicht interessant und mittheilungswert zu sein, um so mehr, als ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur nichts Aehnliches habe finden können. Es handelt sich um eine junge englische Dame von 28 Jahren, die ihre an Paralysis agitans leidende Mutter bis zu deren Tode gepflegt hatte. Der fortwährende Anblick des schweren, an Stärke immer zunehmenden Leidens hatte in ihr die Furcht gezeitigt, sie möchte gleichfalls daran erkranken. Diese Furcht nahm noch zu, als sie in einem populär-medizinischen Buche gelesen hatte, P. a. sei nicht nur erblich, sondern auch ansteckend (?). Schon während der letzten Lebensjahre der Mutter hatte sie ängstlich sich beobachtet und geglaubt, manchmal ein leichtes Zucken im rechten Arm verspürt zu haben. Kurz nach dem vor nunmehr vier Jahren erfolgten Tode ihrer Mutter, der sie, trotz des vorausgegangenen Elends, sehr erschütterte, begann ein leichtes Zittern in der rechten Hand. Obgleich sie aus Erfahrung wusste, dass es ein Mittel gegen diese Krankheit nicht gibt, wandte sie sich an einen Arzt, der ihr jedoch nach eingehender Untersuchung erklärte, sie bilde sich das Leiden nur ein, es sei keine Schüttellähmung vorhanden. Ueber diesen Ausspruch war die Dame, die fest an ihr bestehendes Leiden glaubte, so empört, dass sie von jeder weiteren Behandlung absah und auch fernerhin keinen Arzt mehr konsultierte. Inzwischen nahmen die Zitterbewegungen des rechten Armes immer zu, und auch die Haltung nahm die der P. a. eigene Form, wenn auch in geringem Grade, an. Dabei wurde die Stimmung



immer trüber, Aufregungsstadien wechselten mit solchen tiefster Depression ab, und der Gedanke an Selbstmord trat immer bestimmter auf. Um diese Zeit riet ihr ein befreundeter Arzt, der sie aber nicht untersuchte, zum Gebrauch der Schlangenbader Thermen, von deren Wirkung er ihr eine günstige Beeinflussung versprach. Als ich die Pat. in Behandlung nahm, fand ich eine blutarme, blasse Person von ziemlich schlechtem Ernährungszustand, die sich in einer fortwährenden hochgradigen Aufregung befand, mit grosser Hast sprach, dabei die Hälfte der Worte verschluckend. Bei jeder Gelegenheit kamen ihr Tränen, oder aber sie lachte hell auf über nichtssagende Redensarten. Das Auffallendste an ihr waren jedoch die heftigen rhythmischen Schwingungen der rechten Hand, verbunden mit den bekannten Pillendreherbewegungen, die vollständig mit dem Bilde der Schüttellähmung übereinstimmten. Kopf und Rumpf waren leicht nach vorne gebeugt, und es bestand eine geringe Propulsion, die namentlich zur Geltung kam, wenn Pat. Gegenstände von der Erde aufnehmen wollte. Auch die Zunahme der Zitterbewegungen in der Erregung und Abnahme in der Ruhe stimmte mit den Erscheinungen der Schüttellähmung durchaus überein. Trotzdem vermochte ich die Diagnose auf P. a. nicht zu stellen, denn abgesehen von dem jugendlichen Alter sprachen noch folgende Umstände dagegen: einmal die gleichmässige Fortdauer des Zitterns bei aktiven und passiven Bewegungen; ferner der wichtige Umstand, dass keinerlei Muskelspannung, wie sie für Schüttellähmung typisch ist, vorhanden war, und endlich die Tatsache, dass seit nunmehr drei Jahren das Leiden in genau der gleichen Weise wie jetzt bestand, ohne auf andere Muskelgruppen oder Gliedmassen übergegriffen zu haben. Auch war auffallend, wenn auch freilich nicht ausschlaggebend, dass die jetzt bestehende Kopf- und Rumpfhaltung gleich von Anfang an, als die Zitterbewegungen noch ganz gering waren, auftraten und seitdem keine Verschlimmerung erfahren hatten. Die Gesichtszüge wiesen auch keineswegs den der P. a. eigentümlichen starren Ausdruck auf, waren vielmehr lebhaft bewegt und wechselnden Ausdrucks. Aus allen diesen Gründen und aus dem gleichzeitigen Vorhandensein zahlreicher hysterischer Stigmata glaubte ich auf eine Pseudop. a. auf hysterischer Grundlage erkennen zu müssen. Ich hütete mich jedoch im Hinblick auf das Ergebnis ihrer früheren, obenerwähnten Konsultation, der Pat. diese meine Anschauung mitzuteilen.

Ich ging vielmehr scheinbar auf ihre Auffassung ein und tröstete sie mit dem Hinweis auf in letzter Zeit erfolgte günstige Beeinflussung bezw. gänzliche Heilung des Leidens durch neuerdings in Aufnahme gekommene, geeignete Massnahmen. Schon dieser Ausblick beruhigte die Pat. ausserordentlich und ebnete das Feld für die vorzunehmende Suggestivbehandlung. Es bedurfte freilich noch unendlicher Mühe und vor allem des ganzen Aufwands ärztlicher Ueberzeugungskunst, um schliesslich einen vollen Erfolg herbeizuführen. Nachdem ich aber die Pat. soweit hatte, dass ihre Haltung wieder normal und das Zittern geringer geworden war, zeitweise, wenn sie in anregender Unterhaltung sich befand, sogar ganz verschwand, da war auch in ihr die Ueberzeugung von der gänzlichen Heilungsmöglichkeit wach geworden, und zur vollkommenen Beseitigung aller noch vorhandenen Symptome war nur mehr ein Schritt. Bis heute, also nach drei Jahren, hat sich auch keine Spur des früheren Leidens mehr gezeigt, und die Dame fühlt sich vollkommen wohl und munter. — Was diesen Fall von anderen ähnlichen unterscheidet, ist einmal, dass es sich nicht um ein subjektives Symptom handelt, welches, wie z. B. der Schmerz, ein anderes Leiden vortäuschen kann — ich erinnere mich eines Falles, wo eine Dame wegen Blinddarmentzündung operiert wurde, wobei sich dann herausstellte, dass nicht das geringste davon vorhanden war — sondern dass die objektiv nachweisbaren Erscheinungen durchaus auf die vorgetäuschte Erkrankung hinwiesen. Und ferner war auffallend die Genauigkeit der Beobachtung, mit welcher die Pat. unbewusst die Symptome des Leidens an einer wirklich daran Erkrankten studiert hatte. So konnte sie mir z. B. nicht angeben, ob ihre Mutter auch die Pillendreherbewegung gemacht hätte, die sie selbst so exakt ausübte. Auch die charakteristische Haltung des Kopfes und des Rumpfes war durchaus täuschend kopiert. Wie nun diese so komplizierten automatischen Muskelbewegungen, die mit Willen richtig und dauernd nachzuahmen gänzlich unmöglich ist, zustande gekommen sind, muss ich dahingestellt sein lassen. Simulation ist bestimmt ausgeschlossen und wäre auch in Anbetracht der gesellschaftlichen Stellung und der sehr günstigen Vermögenslage der Dame zweck- und sinnlos gewesen. Jedenfalls beweist der vorliegende Fall, dass man sich auch bei einem anscheinend so klaren und zweifellosen Symptomenkomplex wie dem der P. a. durch genaueste Untersuchung vor Irrtum schützen muss.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 23.)

- L. Andernach: **Ein Fall von H. mit Oedème bleu und Differenz der Kniephänomene** (aus der Psychiatr. Klinik in Königsberg). Ein gut entwickeltes Mädchen, das in der Jugend nach einem psychischen Trauma für mehrere Wochen die Sprache verlor, das vor drei Jahren plötzlich ohne greifbare Ursachen eine Lähmung der rechten Hand bekam, die nach elf Wochen wieder heilte, erleidet im Anschluss an einen Fall auf den rechten Ellenbogen eine Lähmung der rechten Hand, die sich unter ärztlicher Behandlung wieder allmählich zurückbildet, um dann plötzlich unmotiviert wieder zu erscheinen und nur wenig Tendenz zur Heilung zu zeigen. Es kann wohl darüber kein Zweifel sein, dass es sich in diesem Fall um eine hysterische Lähmung und Kontraktur handelt. Dafür sprechen die hysterischen Antezedentien, die plötzliche Entstehung der Lähmung nach einem unbedeutenden Trauma, die psychischen Anomalien hysterischer Natur, die Gefühls-lähmungen, die nicht nach Art einer peripheren oder segmentären Lähmung angeordnet sind, sondern in Form einer Amputationslinie am rechten Ellenbogengelenk abschneiden, das Fehlen aller Zeichen, die auf ein organisches Leiden schliessen lassen. Das Besondere, das der Fall bot, war einmal die ödematöse Schwellung und bläuliche Verfärbung der rechten Hand. In der überwiegenden Mehrzahl der bekannt gewordenen Fälle tritt das Oedème bleu im Verein mit Lähmungen und Kontrakturen auf, wenngleich vereinzelt Fälle beschrieben sind, wo Motilitätsstörungen fehlten. Wohl immer waren Gefühlsstörungen in Form von Anästhesien oder seltener Hyperästhesien vorhanden. Die lokale Hauttemperatur ist in der Regel herabgesetzt, nur in ganz vereinzelten Fällen war sie erhöht. Der Grad der Schwellung in den einzelnen Tageszeiten war verschieden; in den einen Fällen war die Schwellung am Morgen grösser, in anderen am Abend, in anderen wieder gar kein Unterschied zwischen Morgen und Abend. Der Entstehungsmodus ist verschieden, oft treten die Oedeme ohne Ursache, oft nach Trauma, oft im Anschluss an Krampfattacken ein. Ueber das Wesen des blauen Oedems gehen die Ansichten auseinander. Die einen nehmen als Ursache eine Lähmung der Vasokonstriktoren mit dauernder Erweiterung der Kapillaren an, die anderen sprechen von einer länger dauernden Reizung der Vasodilatoren. In dem vom Autor beobachteten Fall fand sich an einer gelähmten kontrakturierten Hand mit totaler Anästhesie eine deutliche Schwellung und bläuliche Verfärbung; die Schwel-

lung war hart, die Finger glänzend, Fingereindrücke bleiben nicht bestehen. Abgesehen von dem beschriebenen Oedème bleu, bot der Fall weiter dadurch Interesse, dass während der ganzen Zeit der Beobachtung die Patellarsehnenreflexe different waren, rechts immer von gewöhnlicher Stärke, links immer schwach, oft nur mit Jenrassik, einmal vorübergehend überhaupt nicht auslösbar. Dabei fanden sich an den unteren Extremitäten keine Funktionsstörungen. Die Muskulatur vom gewöhnlichen Tonus (spez. fand sich keine Hypotonie), und von normalem Volumen. Blase und Mastdarm waren intakt. Gang ohne Befund. Es fand sich keine Druckempfindlichkeit der Muskeln und Nervenstämme. Die Sensibilität war intakt. Elektrisch fand sich wohl eine allgemeine Herabsetzung der Erregbarkeit, aber keine Entartungsreaktion. Die Achillesphänomene waren beiderseits stets sehr deutlich, sogar etwas lebhaft. Danach und bei dem sonst zweifellos hysterischen Zustand der Kranken kann ein organisches Nervenleiden mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Es handelt sich also um eine einseitige Abschwächung und vorübergehendes Fehlen des Patellarsehnenreflexes bei H.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 43.)

### **Intoxikationen. Akute Lysolvergiftung durch Uterus-**

**spülung während eines extraperitonealen Kaiserschnittes.** Von Prof. Dr. Richard Birnbaum (Frauenklinik zu Göttingen). Es handelte sich um einen Fall von akuter Lysolvergiftung bei einer sonst gesunden Frau im Anschluss an eine  $\frac{1}{2}\%$ ige Lysollösung. Zweifellos wurde die tödliche I. begünstigt durch die kurz vor der Spülung vorgenommene Placentarlösung und ganz besonders durch die Beckenhochlagerung, wobei sich die Lysollösung in den oberen Partien des Uterus, also auch direkt auf der Placentarstelle ansammeln musste. Dadurch wurde naturgemäss die Resorption des Giftes ganz wesentlich begünstigt. Es ist keine Frage, dass bei weitem mehr Unglücksfälle bei Lysoluterusausspülungen beobachtet würden, wenn die Spülungen immer in Beckenhochlagerung der Frauen vorgenommen würden. Bei der sonst üblichen Lagerung mit mässig erhöhtem Oberkörper wird die Intoxikation durch das sofortige Abfliessen der Lösung so gut wie immer verhindert. Infolge der blitzartig vor sich gehenden Resorption des Lysols musste die sonst fast immer eintretende Entgiftung desselben ausbleiben (Vereinigung des einen Teiles mit Aetherschwefel-

säure und Glykuronsäure zu der fast ungiftigen Kresolschwefelsäure und Kresolglykuronsäure, die durch Urin und Kot ausgeschieden werden, Umwandlung des anderen Teiles durch Oxydation in Hydrochinone und Brenzkatechine, die teilweise ebenfalls mit den genannten Säuren gepaart ausgeschieden, teilweise weiter oxydiert und unschädlich gemacht werden). Die Narkose bildete einen weiteren, diese Entgiftung hindernden bzw. verlangsamenden Faktor. Es lehrt dieser Fall wiederum, wie vorsichtig man auch mit schwachkonzentrierten Lysoluterusspülungen sein soll. Auf alle Fälle wird man derartigen Spülungen bei Narkotisierten in Beckenhochlagerung bei frisch puerperalem Uterus lieber gänzlich unterlassen bzw. durch Spülungen mit sterilem oder kochsalzhaltigem Wasser ersetzen.

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1909 Nr. 44.)

- W. Falta u. L. Ivovic: **Adrenalin als Antidot** (I. mediz. Universit.-Klinik in Wien). Tierversuche ergaben, dass wir in Adrenalin ein *mächtiges Antidot gegen das Strychnin* zu sehen haben.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 43.)

- G. Joachim: **Terpentinvergiftung mit tödlichem Ausgang.** (Aus der Medizin. Klinik in Königsberg.) Wie deletär Terpentinöl speziell auf den jugendlichen Organismus wirken kann, zeigt folgender Fall: Ein dreijähriges, normal entwickeltes Kind, Erna K., hatte in einem unbewachten Augenblick Terpentinöl getrunken, das zum Vertilgen von Wanzen im Haushalte gebraucht wurde. Wieviel Terpentinöl es getrunken hatte, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden; nach Meinung der Angehörigen handelte es sich vielleicht um zwei Esslöffel. Gleich darauf war das Kind von krampfartigem Husten befallen worden, durch den die im Nebenraume weilende Pflegemutter des Kindes herbeigerufen wurde. Bei ihrem Hinzukommen, das nur wenige Minuten nach dem Genuss des Terpentinöls erfolgte, war das Kind bereits fast bewusstlos. Die Frau brachte das Kind sogleich zu einem Arzt; dieser schickte es, nachdem er eine Kampferinjektion gemacht hatte, in die Klinik. Es traf hier etwa eine Stunde nach dem Genuss des Terpentinöls ein. Der Eindruck, den das Kind zu dieser Zeit machte, war der eines moribunden. Es bestand tiefes Koma. Die Pupillen waren weit und reagierten kaum. Die Atmung war ausserordentlich verlangsamt und setzte zeitweise ganz aus. Aus Mund und Nase drang blutiger-seröse, schaumige Flüssigkeit. Ueber den Lungen war

reichliches grobes Rasseln zu hören. Ein auffälliger Geruch der Atemluft konnte nicht wahrgenommen werden. Der Puls war nicht fühlbar; von Herztönen war kaum etwas zu hören. Die Extremitäten waren kühl und stark zyanotisch. Stuhl hatte das Kind unter sich gelassen. Die Blase enthielt, wie der Katheterismus ergab, keinen Tropfen Urin. Die Untersuchung eines gefärbten Blutausstriches ergab normale Verhältnisse. Es wurde sofort eine Magenspülung vorgenommen. Auf der Spülflüssigkeit schwammen etwa 10—15 ccm Terpentinöl. Durch fortgesetzte künstliche Atembewegungen wurde die schon stockende Respiration für eine Weile wieder im Gang gebracht; die Herzkraft konnte jedoch trotz der Anwendung von Kampfer- und Aetherinjektionen nicht gehoben werden. Nach 45 Minuten, also  $1\frac{3}{4}$  Stunden nach dem Genuss des Terpentins, trat der Tod ein. Krämpfe wurden nicht beobachtet. Leider konnte die Sektion, da die Staatsanwaltschaft sich des Falles annahm, erst nach drei Tagen ausgeführt werden. Sie ergab bei makroskopischer Betrachtung völlig normale Verhältnisse an allen Organen der Brust-, Bauch- und Schädelhöhle. Im Magen wurden nur geringe Mengen Flüssigkeit gefunden, die schwach nach Terpentin rochen; der Darminhalt zeigte keinen Terpentingeruch. Blase und Nierenbecken waren leer. Veilchen-geruch war an den Harnorganen nicht zu konstatieren. Die mikroskopische Untersuchung erstreckte sich auf Nieren, Leber, Pankreas, Herzmuskel, Magen, Darm, Oesophagus und Zunge. Die letztgenannten Organe wurden speziell zur Feststellung von eventuellen Verätzungen untersucht, jedoch mit negativem Resultat. Auch die Untersuchung von Leber, Pankreas und Herzmuskel ergab durchaus nichts Pathologisches. Nur die Niere zeigte Veränderungen, die wohl nicht rein kadaveröser Natur waren. Erstens zeigten einige Epithelien der gesunden Harnkanälchen einen leichten körnigen Zerfall, vor allem aber fanden sich im Nierenmark streifige und fleckige Hyperämien, in deren Bereich die Gefäße prall mit Blut gefüllt waren, so dass die dazwischen gelegenen Harnkanälchen stellenweise ganz komprimiert waren. In den Harnkanälchen selbst war Blut nirgends mit Sicherheit zu konstatieren. — Wie aus obigen Ausführungen ersichtlich, entspricht dieser Fall vollkommen den von Nothnagel und Rossbach angestellten Tierexperimenten und den sonst bekannten klinischen Beobachtungen von Terpentinvergiftung. Auch hier war das schwerste und unmittelbar nach der Vergiftung einsetzende Symptom die

Schädigung des Bewusstseins, die rasch in tiefes Koma überging, und die endlich zum Tode führende Atmungs-lähmung. Dass auch der Zirkulationsapparat von dem Gift erheblich in Mitleidenschaft gezogen wurde, zeigt das rasch einsetzende Lungenödem, das den tödlichen Ausgang sicherlich beschleunigt hat. Andererseits weist die mikroskopisch nachgewiesene Kongestion im Nierenmark darauf hin, dass auch bei diesem Falle, wenn die Pat. am Leben geblieben wäre, die bei den in der Literatur bekannten Fällen von Terpentingiftung konstant beobachtete Nephritis nicht ausgeblieben wäre.

### **Magen- und Darmaffektionen. Ein Fall von Magen-**

**atonie mit Kefir behandelt.** Von Dr. H. Tausig (Wien): „Infolge eines mehr als zweimonatlichen Magenleidens, und zwar infolge einer nervösen Magenatonie mit vollständig darniederliegender Verdauungstätigkeit, völliger Appetitlosigkeit und Brechneigung, beziehungsweise Erbrechen jeder Speise oder Getränkes, begab ich, nachdem ich bereits Pepsin und Resorzin ohne jeden Erfolg in grossen Mengen eingenommen hatte, mit Kefir, und zwar verwendete ich anfangs in kleinen Mengen, bald jedoch auf zwei Halbliterflaschen täglich steigend, Nummer 2, die mittelstarke Lösung des von der Lehmannschen Kefiranstalt aus echt kaukasischen Kefirpilzen erzeugten Kefirs. Die Wirkung war eine ganz überraschende. Das Erbrechen und die Brechneigung hörten augenblicklich auf und ich war imstande, ausser dem Liter Kefir täglich noch eine Suppe mit einem Eidotter und zwei Liter Milch zu geniessen. Auch die bestandenen neurasthenischen Beschwerden, also das eigentliche Grundleiden, nahm während dieser Zeit einen günstigen Verlauf; während der ganzen zwei Monate, während welcher ich den Kefir trank, hatte ich stets direkt ein Verlangen nach demselben und als ich denselben einen Tag (Sonntag) aussetzen musste, empfand ich erst, wie wertvoll und nützlich mir derselbe geworden. Jedenfalls möchte ich betonen, dass von nicht geringem Einflusse für jede Kefirkur es ist, anfangs den Kefir nur in ganz kleinen Quantitäten zu nehmen, bis eine gewisse Angewöhnung eintritt, was schon nach kurzer Zeit der Fall ist, so dass dann selbst grössere Mengen auf einmal vertragen werden. Ferner ist nicht ausser acht zu lassen, dass Kefir Nr. 2 indifferent für die Darmtätigkeit ist, während Nr. 1 abführend, Nr. 3 stopfend wirkt. Es ist selbstredend, dass der Kefir stets frisch und tadellos sein

muss. Und dies ist bei der genannten Anstalt der Fall, so dass ich in keinem einzigen Falle einen Anstand hatte. Die überraschend günstige Wirkung, die der Kefir wiederholt bei den verschiedensten akuten und chronischen Leiden, hauptsächlich des Digestionstraktus gefunden hat, lässt es wünschenswert erscheinen, dass derselbe eine volle Würdigung seitens der Aerzte findet. Die an mir selbst erprobte Wirkung des Lehmannschen Kefir lässt mich das Präparat wegen seiner tadellosen Beschaffenheit in allen geeignet erscheinenden Fällen der Nachprüfung und Verwendung allen Kollegen bestens empfehlen.“

(Österr. Ärzte-Zeitung 1909 Nr. 5.)

- **Geotalose** oder *Creosotalum mucocolloidal*e, hergestellt von der Firma Dr. Zeitler in Nürnberg, hat Dr. Böttcher (Picher) in über 1000 Fällen enteritischer Erkrankungen angewandt und ausgezeichnete Erfolge erzielt, besonders in der Kinderpraxis, wo sich das Präparat nicht nur bei Dyspepsie und akutem Darmkatarrh, sondern auch beim *Brechdurchfall* glänzend bewährte. Das etwa 40—50 g fassende Gefäss wird geöffnet, für einige Minuten in kochendes Wasser gestellt, damit die Geotalose schmilzt, und von der geschmolzenen Masse den Kindern stündlich  $\frac{1}{2}$  Teelöffel voll gegeben. Die Kinder nehmen das Präparat, das auch für den Säugling durchaus unschädlich ist, sehr gern. Von hervorragender Wirkung war es auch bei Erwachsenen gegen akute Diarrhöe und Cholerine, wo es in höherer Dosis (1—1 $\frac{1}{2}$  Teelöffel) gegeben wurde; besonders auffällig war das rasche Aufhören der Tenesmen und der prompte Eintritt der Euphorie.

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1909 Nr. 16.)

### **Mikuliczsche Krankheit.** Ueber einen **interessanten**

**Fall** dieses Leidens schreibt St.-A. Dr. Harmel (Garnison-lazarett I, Metz): „Im Sommer 1908 wurde im Garnison-lazarett I in Metz folgender Fall beobachtet: Der 24 Jahre alte Musketier D. wurde im Juni 1908 wegen chronischer symmetrischer Schwellung beider Ohrspeichel-, Tränen-, Unterkiefer- und Zungendrüsen als dienstunbrauchbar eingeliefert und zwecks Feststellung eines anscheinend ausserdem noch vorliegenden Schwachsinn dem Lazarett zugeführt. Befund am 20. Juli 1908: Kräftiger, 172,5 cm grosser, 72 kg schwerer Mann mit gut entwickelter Muskulatur, gesunder Gesichtsfarbe. Gesicht in der Gegend der Unterkieferwinkel verbreitert, Ohrläppchen etwas abge-



hoben, Unterkiefergruben beiderseits stark ausgefüllt. Augenlider am äusseren Lidwinkel etwas vom Augapfel abgedrängt. Ohrspeicheldrüse beiderseits als flachgewölbte, ziemlich derbe, nicht druckschmerzhaft Geschwulst fühlbar. Unterzungen- bzw. Unterkieferdrüsen beiderseits von Mandel- bzw. Kleinpflaumengrösse. Blandin-Nuhnsche und Gaumendrüsen nicht geschwollen. Tränendrüsen nicht fühlbar. Die regionären Lymphdrüsen erbsen- bis bohnen-gross. Milz nicht fühlbar und perkutorisch nicht vergrössert. Auch an den übrigen Organen krankhafte Veränderungen nicht nachweisbar. Blutbefund inbezug auf Hämoglobingehalt, Form, Zahl und gegenseitiges Verhältnis der Blutkörperchen zueinander vollkommen regelrecht. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Irgendwelche körperliche Beschwerden bestanden nicht. Der Befund blieb während der ganzen Beobachtungszeit derselbe; nur schien es, als ob bei der Entlassung die Schwellung der Ohrspeicheldrüsen wenig, aber doch wahrnehmbar geringer geworden wäre. Ein ursächlicher Zusammenhang des unzweifelhaft gleichzeitig vorhandenen leichten Intelligenzdefekts und moralischen Schwachsinnns mit der Drüsen-erkrankung konnte nicht sicher nachgewiesen werden. Das Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen an den drüsigen Organen des Halses und des Kopfes gerade in den Entwicklungsjahren — Beginn der Erkrankung angeblich im 17. Lebensjahre im Anschluss an eine Kehlkopfentzündung — lässt einen solchen Zusammenhang nicht als völlig ausgeschlossen erscheinen. — Ein kurzer Rückblick über die Geschichte der Mikuliczschen Krankheit und die Versuche, sie zu erklären, zeigt, dass die ersten Nachrichten über chronische symmetrische Geschwulstbildungen im Bereich der Tränen- und Mundspeicheldrüsen mit gutartigem Charakter in der ophthalmologischen Literatur bis zum Jahre 1866 zu finden sind. Im Jahre 1874 wurde von Gallasch ein Fall von typischer Leukämie mit Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen beschrieben. Ende der 80er bzw. Anfang der 90er Jahre erschienen von Haltenhoff und Fuchs zwei Mitteilungen über beiderseitige chronische Anschwellungen der Tränendrüsen unter Mitbeteiligung der Parotiden und Submaxillardrüsen. 1892 veröffentlichte Mikulicz die Einzeldarstellung eines von ihm im Jahre 1888 beobachteten ähnlichen Falles. Seitdem ist die Erkrankung unter der Bezeichnung M. Kr. bekannt. Mikulicz selbst beschreibt das klinische Bild des Krankheitsprozesses als eine chronisch

sich entwickelnde, auf das Drüsengebiet beschränkt bleibende Vergrößerung sämtlicher Speichel- und Tränendrüsen, histologisch durch kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes, ätiologisch durch Infektion mit einem bisher noch unbekannten Agens bedingt. Nach den bisher in der Literatur mitgeteilten Fällen unzweifelhafter Mikuliczscher Erkrankung stellt sich der Verlauf etwa folgendermassen dar: Ohne Bindung an ein bestimmtes Lebensalter, jedoch meist bei Personen in mittleren Jahren, tritt bei sonst völliger Gesundheit und ungestörtem Wohlbefinden eine in den ersten Anfangsstadien vielleicht zunächst einseitige, bald jedoch beiderseitig symmetrische Anschwellung der Tränen- und Speicheldrüsen — mitunter sämtlicher oder doch mehrerer Paare — auf. Der Grad der symmetrischen Schwellungen ist häufig ein verschiedener, wohl wegen der nicht ganz gleichzeitigen Erkrankung. Die Schwellungen nehmen, ohne Schmerzen oder Störung des Allgemeinbefindens zu verursachen, im Laufe von Monaten und Jahren langsam zu und können sehr erhebliche Grade erreichen. In diesem Falle verursachen sie Beschwerden, indem sie mechanisch die Oeffnung der Augenlider und die Bewegung der Augäpfel hindern oder eine gewisse Kieferklemme bedingen. Als weitere Beschwerden finden sich mitunter, aber nicht regelmässig, die durch Sekretionsverminderung oder -Aufhebung hervorgerufenen Zustände (Trockenheit der Schleimhäute, Schlingbeschwerden). Ein Uebergreifen der Geschwulst über die natürlichen Grenzen der Drüsen hinaus ist nicht beobachtet; stets bleibt die Drüse gegen die Haut und die Unterlage bis zu einem gewissen Grade verschieblich. Ebenso wenig ist trotz jahrelangen Bestehens ein Uebergang in bösartige Geschwulstbildung oder eine schädliche Beeinflussung der Gesamtkörperkonstitution (Uebergang in Leukämie, Pseudo-leukämie) sicher verbürgt. Die Schwellung der Speicheldrüsen kann in jedem Grössenstadium stehenbleiben, ist mitunter aber Schwankungen bis zu anscheinend völligem Verschwinden unterworfen. Häufiger beobachtet ist der Einfluss akut-fieberhafter Krankheiten auf das Kleinerwerden der Drüsen. Das Vorkommen regionärer Lymphdrüsenanschwellungen bei einer Anzahl von Fällen, so auch bei dem hier mitgeteilten, ist nach meiner Ansicht ein zufälliger, nicht mit der Krankheit an sich zusammenhängender Befund. Bezüglich der Ursache des Krankheitsprozesses haben sich bisher bestimmte Anhaltspunkte nicht finden lassen. Untersuchungen der exstirpierten Tränen-

und Speicheldrüsen an frischen und gehärteten Präparaten mittels verschiedener Färbemethoden auf Bakterien verließen, ebenso wie entsprechende Blutuntersuchungen, stets negativ. Mikulicz selbst fasst die Krankheit, als einen infektiösen oder parasitären Prozess im weitesten Sinne des Wortes auf und nimmt an, dass vorausgegangene Schleimhauterkrankungen der Bindehäute oder des Nasenrachenraumes dabei eine Rolle spielen. Man findet nämlich bei der Beschreibung der einzelnen Fälle mitunter die Angabe, dass längere oder kürzere Zeit vorher eine Erkrankung der Augenbindehäute oder der Nasenrachen-schleimhaut bestanden habe. Bei Veröffentlichung weiterer Mitteilungen wäre meines Erachtens hierauf ein gewisser Wert zu legen. Andere Autoren sind ätiologisch und histologisch zu einer anderen Auffassung über das Wesen der Krankheit gekommen. Einzelne betrachten sie als adenoide Wucherungen der Speicheldrüsen, hervorgerufen durch chronische, auf bakterieller Ursache beruhende Reizzustände. Andere erblicken in der hyperplastischen Leberzirrhose einen analogen Vorgang, indem man im ersten Stadium (Vergrößerung des Organs) allgemeine Epithel-degeneration und Rundzellinfiltration, im zweiten Stadium (Schrumpfung) Untergang des Epithels und Bindegewebs-neubildung finde. v. Brunn gibt eine Uebersicht aller bis dahin veröffentlichten Fälle (30) und ordnet sie nach einem einheitlichen Gesichtspunkt: Beziehungen zur Leukämie und Pseudoleukämie. Er kommt zu dem Schluss, dass für die unkomplizierten, prognostisch gutartigen Fälle (27) ein bisher noch unbekanntes, krankmachendes Agens anzunehmen sei, welches von aussen durch die Drüsen-ausführungsgänge eindringe und daher nur eine lokale Erkrankung veranlasse. In den komplizierten, tödlich verlaufenden Fällen (3) dagegen soll das Agens die Drüsen auf dem Wege der Blutbahn erreichen (daher Miterkrankung des Blutes, der Milz und regionären Lymphdrüsen). Dem widerspricht neuerdings Ranzi, nach dessen Ansicht es dahingestellt bleiben muss, ob es richtig ist, in die Gruppe der Mikuliczschen Erkrankung alle diese Fälle, auch die von Pseudoleukämie bzw. Leukämie einzubeziehen, solange nicht der Beweis in ätiologischer Beziehung für die Zusammengehörigkeit aller dieser Prozesse erbracht sei. Die Behandlung des Leidens war anfangs vornehmlich eine chirurgische. Es zeigte sich dabei, dass Totalausräumungen der erkrankten Drüsen, wobei die Ohrspeicheldrüse wegen des N. facialis ausschied, den ge-

wünschten Erfolg hatten, dagegen bei nur teilweiser Entfernung wieder Vergrößerungen der erkrankten Drüsen auftraten. Von inneren Mitteln hat man Arsen und Jodkali am meisten und mit wechselndem Erfolge versucht. In jüngster Zeit ist auch hier die Anwendung der Röntgenstrahlen in ihr Recht getreten. Die Berichte lauten einstimmig günstig. Ob das Verfahren geeignet ist, Dauerheilungen zu erzielen, kann nach den wenigen bisher veröffentlichten Fällen noch nicht entschieden werden.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 37.)

### **Pollutionen. Ueber eine besondere Wirkung des Styptol**

schreibt Dr. Jos. König, k. k. Bezirksarzt in Karlsbad: „Unter den vielen Leiden, denen die Menschen ausgesetzt sind, nehmen die krankhaften P. eine meinen Erfahrungen nach nicht zu unterschätzende Stelle ein. Vom Jüngling bis zum Greis am Stabe — in jeder Phase dieser Zeitperiode, können sie sich einfinden, die Lebensfreude untergraben, auf Körper und Geist schwächend einwirken. Ich will es hier nicht unternehmen, auf die Aetiologie dieser Krankheit, die ganz mannigfaltiger Art sein kann, einzugehen. Bloss auf einen Teil der internen Therapie will ich mich beschränken. In den Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin im Jahre 1904 veröffentlichte ich meinen gleichzeitig mit anderen und unabhängig von denselben gemachten Fund, dass die Hydrastiswurzel mehr als alle anderen bis dahin gangbaren Mittel imstande ist, die krankhaften, übermässigen Samenentleerungen günstig zu beeinflussen. Dieselben verringern sich, mögen sie auch fast jede Nacht, eventuell mehrere Male in einer Nacht auftreten, nach 40—60 Tropfen des Extraktes vor dem Schlafe genommen, auf durchschnittlich einmal in der Woche. Von dem Gedanken ausgehend, dass Arzneimittel, welche auf die Gefässe des Uterus kontrahierend wirken, auch analoge Wirkungen auf den Utriculus masculinus, respektive die Ausführungsgänge der Samenkanäle ausüben dürften, versuchte ich auch in den letzten Jahren das phthalsaure Kotarnin — das Styptol. Meine Erwartungen wurden nicht getäuscht. Ich habe die sichere Erfahrung gemacht, dass dieses Mittel die P., mögen sie auch noch so häufig aufgetreten sein, auf durchschnittlich ein bis drei Wochen hinauszuschieben imstande ist. Mit dieser Wirkung kombiniert sich eine deutliche Abnahme der geschlechtlichen Hyperexzitabilität, falls eine solche vorhanden war. Ich gebe von den Knollischen Pastillen

à 0,05 Styptol anfangs zwei, später drei Stück kurz vor dem Schlafengehen einen Monat hindurch, eventuell wiederholt nach längeren Intervallen. Indem ich diese von mir gemachte Erfahrung bloss registriere, bitte ich die geehrten Herren Kollegen, in einschlägigen Fällen das Mittel anzuwenden — der Dankbarkeit der Pat. werden sie gewiss sein.“

(Wiener klin. Wochenschrift 1909 Nr. 37.)

**Rhinitis.** Ueber **Corifin, eine neue Mentholverbindung**, schreibt

Dr. Bernhard Schiffer (Wien): „Unter den vielen Mentholpräparaten, die in den Handel kommen und deren Güte dem praktischen Arzte angepriesen wird, nimmt das C. die hervorragendste Rolle ein, denn es übertrifft nicht nur an Wirkung alle anderen in Betracht kommenden Präparate und leistet prompt Hilfe, sondern hat auch zum Unterschiede von allen Mentholpräparaten gar keine Nebenerscheinungen im Gefolge. Das C. ist der Mentholester der Glykolsäure und stellt ein farbloses, fast geruchloses Oel dar, welches sich in Wasser wenig auflöst, mit Olivenöl, Aether und Alkohol aber in jedem Verhältnis mischbar ist. Das C. ist auch in ganz kleinen Fläschchen erhältlich, welchen ein an einem Drahte befestigter Haarpinsel beigegeben ist. Ausserdem kommt das C. in Form der C.-Bonbons in kleinen Blechschachteln in den Handel. Ich verwende das flüssige C. in vielen Fällen von Rh., ferner bei nervösen Kopfschmerzen und bei Katarrhen der oberen Luftwege. Bei Rh. acuta liess ich die Pat. mit dem C. die Nasenschleimhaut soweit mittelst des den Fläschchen beigegebenen Haarpinsels einpinseln, als derselbe reichte. In allen Fällen fand ich, dass diese Art der Einpinselung vollkommen genügte und die Wirkung eine ausgezeichnete war. Das C. verursacht, in die Nase eingepinselt, anfangs ein Brennen, das langsam einem angenehmen Kältegefühl Platz macht. Die Atmung durch die Nase wird sofort freier, der Kopfschmerz bedeutend leichter, das Gefühl der Schwere und des Druckes schwindet und die Sekretion wird geringer. Dieses Wohlbefinden hält gewöhnlich 1—2 Stunden an, worauf die Prozedur wiederholt werden muss. Ich empfahl, nach jedem Gebrauche den Haarpinsel mit warmem Wasser zu reinigen und dann erst in das Fläschchen zu stecken, damit nicht das C. durch eventuell an dem Haarpinsel haften gebliebene Teilchen des Nasensekretes verunreinigt wird. Es genügt, wenn man das Mittel alle 2—3 Stunden anwendet. Bei Rh. infolge Influenza soll die Einpinselung stündlich

vorgenommen werden, da die Wirkung des C. in diesem Falle nicht lange anhält. Es sind aber niemals üble Folgen, selbst in Fällen, wo das Mittel alle 15 Minuten angewendet wurde, beobachtet worden (Baumgarten). Eklatant war die Wirkung bei einem Pat., der Nasenpolypen hatte. Der Betreffende hatte jedesmal sehr unter dem Schnupfen zu leiden. Trotz wiederholten Anrathens wollte er sich die Polypen nicht operieren lassen. Er bat auch, ihn von den unangenehmen Symptomen der Rh. zu befreien. Ich verordnete Pinselungen der Schleimhäute der Nase mit C., die Pat. in Intervallen von 30 Minuten vornehmen sollte. Durch diese wiederholten Pinselungen schwanden sämtliche lästigen Beschwerden und der Schnupfen wurde förmlich koupiert. Während die Rh. bei diesem Pat. früher 5—6 Tage anhielt und er wegen der Beschwerden während der ganzen Zeit arbeitsunfähig war, konnte er durch den Gebrauch von C. am zweiten Tage seiner Arbeit obliegen. Ausser bei akutem Schnupfen kann man C. auch mit grossem Vorteil bei chronischem Schnupfen gebrauchen. In diesen Fällen genügt eine zwei- bis dreimalige Einpinselung der Nasenschleimhaut im Laufe des Tages. Man kann auch einige Tropfen C. auf einen kleinen Wattebausch tröpfeln und solche Wattebäusche leicht in die Nasenlöcher stecken. Nach etwa 20 Minuten kann man die Watte wieder entfernen, hat aber noch längere Zeit hindurch ein angenehmes, erfrischendes Gefühl in der Nase. Bei chronischen Formen kann man auch mit sehr gutem Erfolge eine Salbe, bestehend aus gleichen Teilen C. und Ung. Paraffini, 2—3mal täglich in den äusseren Nasengang einschmieren oder man lässt mit einem Gemisch von

Coryfin

Paraffin. liquid.  $\overline{aa}$  part.

einpinseln. Diese Mischung von C. mit Paraffin. liquid. oder Paraffinsalbe ist auch bei kleinen Kindern (Säuglingen) bei Schnupfen mit gutem Erfolge zu gebrauchen. Das reine C. reizt mitunter kleine Klinder zu Hustenanfällen, ist also hier weniger angebracht. Auch bei sogenanntem Eisenbahnschnupfen leistet C. sehr gute Dienste. Ob es bei Heuschnupfen zu gebrauchen ist, ist mir aus eigener Erfahrung bisher nicht bekannt geworden, jedenfalls würde ich keinen Anstand nehmen, in leichteren Fällen einen Versuch damit zu machen. — Nach den Versuchen von E. Impens vermag die äussere Haut sowie

die Schleimhaut das C. prompt in seine Bestandteile zu spalten. Die Menge des dabei freiwerdenden Menthols ist nicht bedeutend, genügt aber, um eine lokale Wirkung hervorzurufen. Deshalb liess ich das C. auch bei nervösen Kopfschmerzen anwenden, und zwar derart, dass ich das Mittel äusserlich in der Schläfengegend aufpinseln liess. Nach kurzer Zeit stellt sich unter Auftreten eines angenehmen Kältegefühls ein Nachlassen der Kopfschmerzen ein. Bei derartiger Anwendung beobachtete ich auch vorzügliche Resultate bei Kopfschmerz nach der Menstruation. Erwähnenswert ist ferner noch die Wirkung des C. bei einem Pat., der gegen starke Migräne grosse Dosen von Migränin zu nehmen pflegt. Ich liess anfangs kleinere Dosen von Migränin nehmen und verordnete gleichzeitig Einpinselungen mit C. Allmählich verkleinerte ich immer mehr die Dosen von Migränin und liess schliesslich nur das C. durch kurze Zeit anwenden. Der Pat. gebraucht seitdem nur C. und es wirkt jedesmal sehr prompt. C. kommt ausser bei Schnupfen und Kopfschmerzen auch bei katarrhalischen Affektionen in Betracht. Bei Katarrhen der oberen Luftwege lasse ich 8—10 Tropfen C. mittelst eines gewöhnlichen Inhalationsapparates inhalieren. Infolge der anästhesierenden Wirkung lässt sowohl das lästige Gefühl von Kratzen und Kitzeln im Halse als auch der Reizhusten nach. Die Inhalation soll dreimal täglich vorgenommen werden. Man kann auch einige Tropfen C.'s in lauwarmes Wasser geben und damit gurgeln lassen. Auch bei leichten Halsschmerzen wirken solche Gargismen ganz gut. C. wurde von Weiss und von Graeffner auch bei den gastrischen Krisen der Tabiker angewendet. Beide konnten das Mittel als ein gutes Ersatzmittel des sonst nicht zu entbehrenden Morphins bezeichnen. Nur in Fällen, in denen die Magenkrise trotz C. nach 24 Stunden sich wiederholten, musste zur Morphiumspritze Zuflucht genommen werden. Ich hatte bis jetzt keine Gelegenheit, das C. auch nach dieser Richtung hin zu versuchen, wohl aber kann ich bestätigen, dass C. bei Magenverstimmung, speziell auch bei der nervösen Form derselben, recht gute Dienste leistet. Man lässt einige Tropfen C. auf Zucker oder in irgend einer Flüssigkeit (event. Cognak, Wein) mehrmals im Tage nehmen. Es wäre sehr nahelegend, mit C. Versuche bei der Seekrankheit zu machen; ich bin überzeugt, dass das Mittel hier auch gute Dienste leisten wird, habe aber selbst keine Gelegenheit, dies zu erproben. Vielleicht veranlassen diese Zeilen Kollegen in

Hafenorten, das C. gegen die Seekrankheit zu versuchen. Noch auf eine andere Anwendung des Cs, möchte ich hinweisen; es hat nämlich eine ausgesprochene, den Juckreiz stillende Wirkung, käme also in verschiedenen Fällen von Pruritus in Frage. Ich habe es bisher bei nervösem Ohrenjucken und in einigen Fällen von Hautjucken leichteren Grades mit gutem Erfolge benutzt. Ich zweifle auch nicht daran, dass es bei Pruritus vulvae et ani in vielen Fällen gute Dienste leisten kann. Hier wird man es zweckmässig in Form der oben angegebenen Salbe zur Anwendung bringen, um die Wirkung nachhaltender zu machen, doch unterliegt es keiner Schwierigkeit, es auch pur zu gebrauchen, da eine Reizwirkung nicht zu befürchten ist. C. kommt auch in fester Form als C.-Bonbons zur Anwendung. Während bei der Verwendung des Menthols die reizmildernden Eigenschaften unmittelbar nach der Darreichung auftreten, um schnell zu verschwinden, hat das C. eine lang andauernde Wirkung, die in kurzer Zeit ihren Höhepunkt erreicht und oft bis zu eine Stunde anhält. Der antiseptischen Wirkung wegen bilden die Bonbons ein gutes Ersatzmittel der umständlichen Gargarismen, die bei manchen schwerkranken Pat. nicht durchführbar sind, ferner der Inhalationen. Ich verwendete sie ferner auch bei den verschiedenartigen Erkrankungen der Mundschleimhaut (Stomatitis), dann bei Anginen und bei Indispositionen des Magens, wobei noch als besonders wichtig in Betracht kommt, dass das desinfizierende Mittel lange Zeit mit der entzündeten Schleimhaut in Berührung bleibt, wodurch die weitere Entwicklung der Krankheitserreger gehemmt wird. Ich verordnete, 6—8 Stück täglich im Mund langsam zergehen zu lassen und nicht zu zerbeissen. Auf Grund der vorerwähnten Versuche erblicke ich in dem C. ein Mittel, das zwar schon jetzt vielseitig gebraucht wird, das aber durch weitere Versuche gewiss noch eine weit ausgedehntere und vielseitigere Anwendung finden dürfte. Es ist daher höchst wahrscheinlich, dass das C. einen dauernden Platz in unserem Arzneischatze finden wird, da es ja ein zuverlässiges und bequemes Mittel ist. Jedenfalls ist das C. ein Präparat, welches dem praktischen Arzt in vielen Fällen gute Dienste leisten kann. Wenn es auch kein Heilmittel im strengen Sinne des Wortes ist, so ist es zweifellos ein brauchbares Lindermittel für zahlreiche kleinere und grössere Beschwerden unserer Pat., die oft genug dem Praktiker mehr zu tun geben als die ernsteren Krankheitsfälle.“

(Klin.-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 33.)



- R. Meyer (Berlin). **Ueber die Anwendung des Coryfin in der Rhino-Laryngologie.** Vor allem möchte Autor auf seine günstigen Erfahrungen der C.-Anwendung bei Rhinitis acuta catarrhalis hinweisen. Er ist überzeugt, dass gerade bei dieser so häufigen und lästigen Erkrankung der Nase das C. geeignet ist, die enorme Menge der üblichen Medikamente einzuschränken. Während er früher bei dieser Crux medicorum als einzig wirksames Mittel das Kokain in 2—3%iger Lösung anwenden und zugleich häufig erneuern musste, haben wir jetzt in dem C. ein Mittel, das, ohne irgendwie giftig zu sein, die bestehenden Symptome der Verstopfung und der Stirnkopfschmerzen in wenigen Minuten nach Einpinselung bis zu zehn Stunden beseitigt. Autor lässt das C. mit einem Pinsel in das eine Nasenloch einstreichen und kräftig aufziehen bei Verschluss der anderen Seite. Das C. wirkt mit einer leichten momentanen Reizung der Augenbindehaut, die namentlich durch einen kurz andauernden Tränenfluss manifestiert wird, um gleich darauf eine zuverlässige Durchgängigkeit und Sekretionsverminderung der Nase herzustellen. Während Autor anfangs das C. nur bei Rh. catarrhalis acuta mit begleitender Pharyngitis acuta anzuwenden wagte, hatte er Gelegenheit, bei sich selbst die ausgezeichnete Wirkung des Präparates bei Rh. ac. als prodromaler Erscheinung einer Infektionskrankheit anzuwenden, um sich augenblicklich Erleichterung zu verschaffen; es handelte sich um einen typischen Influenzafall. Später hat Autor jede Coryza, selbst bei Masern mit stärkeren konjunktivalen Reizungen, auf diese Weise mit augenblicklichem Erfolg behandelt. Bei der akuten Reizung des Pharynx sah er dieselben günstigen Erfolge bei Verabreichung der Coryfin-Bonbons, die gern und ohne Belästigung des Magens genommen wurden. Ueber die Wirkung des Präparates im Kehlkopf stehen Autor ebenso günstige Erfahrungen zu Gebote. Er hatte häufig Gelegenheit gehabt, minimale Störungen bei Berufsrednern (Offiziere, Sänger usw.), die mit dem Kehlkopfspiegel kaum nachzuweisen waren und sich mehr in subjektiven Beschwerden äusserten, in kürzester Frist mit C. zu beseitigen. Während er früher mit Mentholöl-Injektionen die Beschwerden bekämpft hatte, das regelmässig nach Anwendung starke Reizungen auslöste, gelang es ihm jetzt nach manchmal nur einmaliger Anwendung die Störung vollständig zu beseitigen. Die Pat. selbst hatten hierfür ein feines Verständnis, so dass Autor häufiger Gelegenheit hatte, bei Berufsrednern, Offi-

zieren, Sängern und Sängerinnen kurz vor einer Aufführung C.-Injektionen zu machen, die es ihnen ermöglichten, ohne jede Beschwerden grössere Leistungen zu überstehen. Er ist dann dazu übergegangen, alle Reizungen im Kehlkopf, bei denen er früher Mentholöl applizierte, mit C. zu behandeln.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 41.)

- **Die Behandlung des Schnupfens und der Influenza mit elektrischen Lichtkastenbädern.** Von Dr. R. May (Zielenzig). Die Verabreichung eines Lichtbades bei Schnupfen geschieht in der Weise, dass der Pat. zirka 20 bis 25 Minuten der Einwirkung von 48 Glühlampen und 4 Bogenlampen — bei nicht vorgewärmtem Lichtkasten — ausgesetzt wird, bis die Temperatur von 60—65° C. erreicht ist; sodann erfolgt die Applikation einer kalten Dusche, an die sich ein Vollbad von 35° C. (zirka 10 bis 15 Minuten) anschliesst. Nach einer zweiten kalten Dusche wird Pat. in doppelte wollene Decken geschlagen, um zirka 1½—2 Stunden — je nach Schweissausbruch — nachzuschwitzen. Den Schluss macht ein Reinigungsbad von 28—26° C. von 3—5 Minuten Dauer — je nach Konstitution — mit kurzer kalter Dusche und Frottieren. Dieses Verfahren hat Autor in einer grossen Anzahl von Fällen erprobt und niemals einen ernstlichen Zwischenfall beobachtet. Als kontraindiziert hat er Tuberkulose, vorgeriickte Arteriosklerose, ausgesprochenen Habitus apoplecticus, Herzklappenfehler und Schwangerschaft ausgeschlossen. Der Erfolg war in allen Stadien der Erkrankung ein überraschender. Nach einer drei- bis vierstündlichen „Kurdauer“ war der erst 1—2 Tage bestehende Schnupfen vollständig geschwunden; bei längerem Bestehen blieb noch unerhebliche Schleimabsonderung zurück; in einem besonders hartnäckigen Falle wurde noch ein zweites Bad notwendig. Bei Influenza konnte Autor im Anfangsstadium ebenfalls günstige Resultate erzielen.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 47.)

**Tuberkulose.** Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose durch Einatmen von Fumiformdämpfen berichtet Dr. H. Floer (Essen). Fumiform ist eine Mischung von *Asphaltum purum* mit kleinen Mengen von Myrrhe und Benzoeharz, von der Fabrik Dr. R. Ritsert (Frankfurt a. M.) in Tabletten zu 2 g hergestellt. Eine solche Tablette wird auf einer kleinen Räucherpfanne verdampft, die Kranken bleiben in dem raucherfüllten Zimmer 1—2 Stunden, was

gewöhnlich zweimal am Tage zu geschehen hat. Je nach der Grösse des Inhalationsraumes reicht eine Tablette für 1—2 Räucherungen. Meist wurde die Kur 2—3 Monate gebraucht. Sie hatte sehr günstigen Einfluss auf den Krankheitsprozess, speziell auf Appetit und Allgemeinbefinden; auch die objektiven Erscheinungen wurden erheblich gebessert.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1909.)

- Dr. A. Wolff-Eisner (Berlin). **Ueber Tuberkulinvaseline zur Anstellung der Konjunktivalreaktion, eine Modifikation der Konjunktivalprobe für die Praxis.** „Dem Praktiker ist das Bestreben der Ophthalmologen bekannt, anstelle der Augentropfen die Augensalben zu setzen. Es mögen zwei Gründe für das Vorgehen der Ophthalmologen bestimmend gewesen sein: die Schwierigkeit, wässrige Lösungen längere Zeit steril zu erhalten, und andererseits der längere Kontakt, welchen das schwerer schmelzbare Medium auf der Augenbindehaut gewährleistet. Beide Gründe waren auch für mich massgebend, mit ein- und zweiprozentigem Tuberkulinvaselin diagnostische Konjunktivalreaktionen anzustellen. Mir besteht darüber kein Zweifel, dass vielfach zur Anstellung der Konjunktivalreaktion nicht sterile Lösungen verwendet worden sind, wie z. B. aus einer Mitteilung der Literatur hervorgeht, auf die ich schon an anderer Stelle hingewiesen habe, dass die Lösungen nur alle acht Tage frisch hergestellt wurden; in der Praxis mag dies vielleicht noch häufiger vorkommen. Es bedarf keiner weiteren Ausführung, dass unter Umständen die Benützung nicht steriler Lösungen einem empfindlichen Organ, wie beim Auge, Gefahren zu bringen vermag. Ebenso sicher erscheint mir, dass eine Anzahl von Aerzten mit der Konjunktivalreaktion keine positiven Erfolge erzielte, weil sie nicht dafür sorgten, dass die Konjunktiva genügend lange im Kontakt mit der Tuberkulinlösung verblieb. Es ist auf keine andere Weise erklärlich, wenn ein mir bekannter Augenarzt, der an Lungenkranken seine Versuche anstellte, mir immer wieder von neuem mitteilte, dass er niemals positive Konjunktivalreaktionen zu Gesicht bekommen habe, und wenn ein Leiter einer städtischen Fürsorgestelle die Konjunktivalreaktion ebenfalls stets mit negativem Erfolge anwandte. Es scheint mir, als wenn bei der Verwendung des Tuberkulinvaselins zur Anstellung der Konjunktivalreaktion auf dieser Ursache beruhende negative Resultate weniger leicht vorkommen könnten.

*Die Verwendung des Tuberkulinvaselins zur Konjunktival-  
• reaktion.*

Man bringt mit einem sterilen Glasstab eine erbsengrosse Menge der Tuberkulinsalbe in den Konjunktivalsack, indem man die Salbe in das abgezogene untere Lid einstreicht und die Lidspalte durch Abziehen des unteren Lides mit dem Finger ungefähr eine Minute geöffnet erhält. Die mit der Tuberkulinsalbe erzielten Reaktionen gleichen im Ablauf und Aussehen vollkommen den mit wässerigen Lösungen erzeugten Konjunktivalreaktionen (wenn man bei diesen durch längeres Aufhalten des Lides für genügenden Kontakt des Tuberkulins mit der Konjunktiva gesorgt hatte). Es beweisen dies die beigefügten Protokolle, die aus einer grösseren Anzahl von an Privatpat. angestellten gleichartigen Reaktionen herausgegriffen sind. Ein besonderer Vorzug des Tuberkulinvasalins ist die ausserordentliche Haltbarkeit des Präparates; in einer gewöhnlichen Porzellansalbenkruke hat sich sowohl eine ein- wie eine zweiprozentige Vaselintuberkulinmischung während der wärmsten Monate des Jahres neun Wochen hindurch vollkommen wirksam und steril erhalten. Diese Haltbarkeit des Tuberkulinvaselins bedeutet gegenüber den wässerigen Tuberkulinlösungen, welche an jedem Tage frisch verwendet werden müssen, einen grossen Vorzug, wenigstens für die Einführung der Konjunktivalreaktion in die allgemeine Praxis. Ich habe den Eindruck, als ob bei massenhaften Instillationen, wie sie im Hospital vorgenommen werden, die Anstellung der Reaktion mit wässerigen Lösungen schneller geht, während in der Praxis das Tuberkulinvaselin infolge seiner erwähnten Vorzüge sich den weiteren Eingang verschaffen wird.

Zur Herstellung des Tuberkulinvaselins benutze ich, wie auch sonst, das staatlich geprüfte Alttuberkulin aus dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch, da hier, wie bei den wässerigen Lösungen, die gleiche Veranlassung besteht, für die Zwecke der Konjunktivalreaktion ein blandes, ungefährliches Präparat zu benutzen, das bisher in über 5000 Fällen bei Beachtung der elementarsten Vorsichtsmassregeln noch niemals zu einer Schädigung geführt hat. Die Herstellung des Tuberkulinvaselins hat die Kaiser Friedrich-Apotheke Berlin, NW., Karlstr. 20a übernommen, welche es für die Zwecke der Konjunktivalreaktion in kleinen Porzellantuben abgibt.

*Zusammenfassende Darstellung der praktischen Anwendung der Konjunktivalreaktion.*

Die Konjunktivalreaktion wird in der Weise ausgeführt, dass man eine sterile 1%ige Alttuberkulinlösung in die Konjunktiva einträufelt. Durch Abziehen des unteren Lides während einer Minute wird der Kontakt der Tuberkulinlösung mit der Augenbindehaut herbeigeführt.

2. Die Reaktion zeigte verschiedene (3) Grade: 1. Rötung der Caruncula lacrymalis, Rötung des Lides, 2. Hervortreten der Follikel, 3. chemotische Durchtränkung, Sekretion von Schleim und Eiter. Die Prüfung der Reaktion hat nach 16 und 24 Stunden zu geschehen.

3. Bei richtiger Anstellung der Reaktion sind die starken Reaktionen sehr selten. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist die Reaktion schon nach 48 Stunden abgelaufen.

4. Bei negativem Ausfall der Reaktion nach 24 Stunden ist am anderen Auge mit 2%iger Tuberkulinlösung eine Konjunktivalreaktion anzustellen. An Stelle der Tuberkulinlösungen kann zweckmässig das Tuberkulinvaselin Verwendung finden.

5. Neben der Konjunktivalreaktion ist gleichzeitig stets eine Kutanreaktion nach Pirquet, event. auch eine Stichreaktion anzustellen, weil die Ergebnisse dieser Reaktion die Konjunktivalreaktion in diagnostischer und prognostischer Beziehung ergänzen; bei gleichzeitiger Anstellung sämtlicher Reaktionen ist eine gegenseitige schädliche Beeinflussung vollkommen auszuschliessen.

6. Der positive Ausfall der Kutan- und Stichreaktion weist auf das Vorhandensein einer tuberkulösen Infektion hin. Da diese Reaktionen jedoch nach vollkommener Ausheilung des tuberkulösen Prozesses noch positiv ausfallen können, so wird, von jungen Kindern abgesehen, durch eine positive Kutan- oder Stichreaktion nur der Nachweis einer vorhandenen tuberkulösen Affektion im pathologisch-anatomischen Sinne erbracht; der positive Ausfall einer Konjunktivalreaktion spricht in hohem Grade für das Vorhandensein eines noch aktiven tuberkulösen Prozesses, der negative Ausfall der Konjunktivalreaktion lässt einen solchen nicht in allen Fällen ausschliessen.

7. Das Wesen der Konjunktivalreaktion besteht in der Erzeugung einer Tuberkulinreaktion, fern vom Krankheitsherde. Da Herdreaktionen unberechenbar sind, liegt hierin der Vorzug der Konjunktivalreaktion vor der subkutanen Injektion u. a. begründet.

8. Die Kontraindikationen der Konjunktivalreaktionen gehen aus ihrem Wesen selbst hervor. Kontraindiziert ist die Anstellung der Konjunktivalreaktion beim Vorhandensein tuberkulöser Krankheitsherde im Auge (hauptsächliche Kontraindikation). Kontraindiziert sind ferner Wiederholungen der Instillation am gleichen Auge, weil es sich bei ihnen um eine Herdreaktion handelt, der keine diagnostische Bedeutung zukommt, weil die Ergebnisse der konjunktivalen Reinstillation mit denjenigen der Kutanreaktion parallel gehen; Reinstillationen sind darum ferner kontraindiziert, weil bei tuberkulösen Herden im inneren Auge schwere Herdreaktionen auftreten können, die beim Vorhandensein lebender Tuberkelbazillen zu einer Propagation führen können. Aus dem gleichen Grunde ist von der Verwendung starker Tuberkulinkonzentrationen (besonders der Tuberkulin-Testpräparate) abzuraten.

9. In einer Reihe von Fällen ist trotz vorhandener aktiver T. der Ausfall der Konjunktivalreaktion doch negativ. Es hat dieses Ergebnis eine prognostisch ungünstige Bedeutung in dem Falle, dass auf andere Weise das Vorhandensein einer aktiven tuberkulösen Affektion gesichert ist; es ist aber nach meiner Anschauung unrichtig, aus dem positiven Ausfall der Reaktion einen Schluss auf eine günstige Prognose zu ziehen.

(Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 44.)

**Tumoren.** R. Totsuka: **Ueber einen klinisch nicht gewöhnlichen Fall von Carcinoma linguae.** (Aus der Klinik für Syphilidologie u. Dermatologie in Wien): „Der 35jähr. J. D. (Kutscher) wird am 9. Nov. 1908 wegen eines Geschwüres an der Zunge in die Klinik aufgenommen. Die Anamnese des Pat. besagt, dass derselbe im sechsten Lebensjahre Blattern durchgemacht hat, sonst bis zum Tage der Aufnahme keine andere nennenswerte Erkrankung vorgekommen ist. Von Jugend auf hatte der Pat. ungepflegte, sehr schlechte Zähne, welche in der grössten Zahl bereits ausgefallen sind, und jetzt nur mehr in einzelnen sehr defekten Ueberresten erscheinen. Bezüglich der Zungenaffektion, deren genauere Beschreibung unten folgen wird, gibt der Pat. an, dass er im September 1908 eine weissliche verfärbte, linsengrosse Partie an der Oberfläche der Zunge, rechts von der Medianlinie, entsprechend dem rechten Prämolazahn bemerkt habe, die nach einigen Tagen von einem Bläschen ersetzt worden sei, welches nach kurzem Bestande geplatzt und kleine Mengen von wässerigem Se-

kret entleert hat. Von da an trat keine vollständige Verheilung mehr ein, sondern der Pat. bemerkte, dass diese kleine offene Stelle langsam grösser wurde und zugleich mehr nach der Tiefe zu an Ausbreitung zunahm. Bei der Aufnahme waren die Verhältnisse folgende: Die Zunge zeigt einen Substanzverlust, der am rechten Zungenrande, ungefähr 3 cm von der Zungenspitze entfernt, beginnt und sich leicht s-förmig gekrümmt, quer über die Zunge erstreckt. Er findet sein Ende ganz nahe dem linken Zungenrande. Hierbei ist die Zunge in ihrem ganzen Dickendurchmesser von diesem Zerfall betroffen, so dass eigentlich bis auf den schmalen Streifen, der am linken Zungenrande die Kontinuität herstellt, ein vorderer und hinterer Zungenanteil gebildet wird, welche durch diesen Substanzverlust voneinander getrennt sind. Die Geschwürsflächen sind leicht blutend, haben ziemlich steil abfallende Ränder und sind stellenweise mit schmutziggelben Eiterauflagerungen bedeckt. Bei Fingerdruck erweisen sich die Geschwürsränder ziemlich derb, hart. Der vordere Zungenanteil ist mit dem Mundboden fest verlötet, so dass ein Vorstrecken der Zunge nicht möglich ist. In den offenen Rand des Geschwüres, am rechten Zungenrande, ragt der scharfkantige, kariöse Prämolazahn hinein. Er ist gewissermassen auf der inneren Seite von den Geschwürsrändern eingeschlossen. An der Schleimhaut der Unterlippe und der rechten Wange, deutliche, ziemlich ausgedehnte Psoriasis mucosae-Flecke. Die Lymphdrüsen in der rechten Submaxillargegend deutlich vergrössert und derber als die der rechten Seite. Nach diesem klinischen Aussehen war die klinische Diagnose nicht ohne weiteres zu stellen; zunächst bekam man den Eindruck, dass die Affektion entstanden sei durch einen nekrotisierenden, sehr tief greifenden Entzündungsprozess, der das eine Auffallende hatte, dass er den Zungenkörper nicht diffus durchsetzt hatte, sondern in dieser eigentümlichen bandförmigen Weise fortgeschritten war. Hier musste zunächst an Aktinomykose gedacht werden, die solche Verhältnisse erzeugen kann; nur fehlte die reichliche Eiterbildung mit dem für diese Erkrankungsform typischen Aussehen. Weiter wurde die Möglichkeit eines gummösen Prozesses in Erwägung gezogen, doch stimmt auch hier nicht die Form des Krankheitsbildes, vor allem das Aussehen der Geschwürsränder mit dem sonst gewöhnlichen Bilde bei Gummen der Zunge überein. In letzter Linie, gewissermassen als ultimum refugium, wurde an ein zerfallendes Neoplasma, an ein

Karzinom gedacht, und dafür am meisten sprach noch der sich etwas derb anfühlende Geschwürsrand, sonst bot hiefür das klinische Bild nichts Typisches. Aus der Randpartie der Affektion wurde ein Stückchen Gewebe zur histologischen Untersuchung exzidiert, und damit konnte die Diagnose auch eindeutig dahin entschieden werden, dass hier ein zerfallendes Neoplasma vorliege, und zwar ein ziemlich stark verhornender Plattenkrebs. Man findet bei der histologischen Untersuchung an dem exzidierten Geschwulststückchen von dem normalen Zungenepithel stellenweise nichts mehr erhalten, an dessen Stelle eine strukturlose und kernlose Detritusmasse, unterhalb derselben im Bindegewebe reichlich epitheliale Zapfen, die stellenweise um die Gefässe gewachsen sind, dort und da bereits in dieselben eingewuchert, und in ihren zentralen Anteilen gelegentlich recht deutlich entwickelte Hornperlen aufweisen. Zwischen diesen Krebszapfen in dem Bindegewebe reichlich leukozytäre Elemente, wie das ja auch sonst zu beobachten ist. — Es handelt sich also im vorliegenden Falle um ein Karzinom der Zunge, welches in seinem klinischen Aussehen nicht den gewöhnlichen Typus aufwies, und dadurch Schwierigkeiten in der Diagnose machte. Interessant ist der Fall noch deshalb, weil das auslösende Moment für das Zustandekommen dieser Affektion eigentlich recht klar zu Tage liegt. Schon der Pat. selbst gibt ganz bestimmt an, dass der Beginn der Erkrankung von dem spitzen, kariösen Prämolarzahn ausgelöst wurde. Zugleich ist der Pat. ein starker Raucher, welche Schädlichkeit zu psoriatischen Veränderungen an der Schleimhaut der Unterlippe und der Wange geführt hat. Es ist daher die Annahme sicherlich angängig, dass hier eine Kombination von Schädigungen vorliegt, durch Verletzungen von Seite des Zahnes einerseits, des chronischen Nikotinreizes anderseits. Hierin gleicht der Fall ganz einem, den Steiner in seiner grossen Statistik der Zungenkarzinome der Heidelberger Klinik angeführt hat. Offenbar gehört diese Kombination von Schädlichkeiten als ursächliches Moment für das Zustandekommen des Zungenkrebses überhaupt nicht zu den Seltenheiten, nur wird es nicht immer möglich sein, dieselben so unzweifelhaft nachweisen zu können, weil z. B. der Zahn schon lange entfernt sein kann, der seinerzeit die Verletzung der Zunge und damit die eine ursächliche Veranlassung für die spätere maligne Epithelentartung gegeben hatte.“

(Österreichische Ärzte-Ztg. 1909 Nr. 18.)



- **Eine typische Geschwulstmetastase im Unterkiefer mit Lähmung des Trigeminus.** Von Prof. Dr. H. Schlesinger (k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien). Bei Karzinomen, namentlich der Mamma, kommt es bisweilen zu einer zirkumskripten Gefühlsstörung am Kinn mit der Mittellinie scharf absetzend, an den korrespondierenden Abschnitten der Lippenschleimhaut und an der Schleimhaut des Processus alveolaris. In der Regel besteht auch eine Alteration der Sensomobilität; neuralgiforme Schmerzen können fehlen. Die Affektion ist der Ausdruck einer Drucklähmung des N. alveolaris inferior durch Metastasenbildung im Unterkiefer. Das Vorhandensein dieses Symptomenkomplexes ist eine strikte Kontraindikation gegen Vornahme eines operativen, radikalen Eingriffes am primären Tumor.

(Wiener klin. Rundschau 1909 Nr. 47.)

- **Chinin und Krebs.** Von Dr. Fr. Stroné (Ujvidék): Nach seinen Resultaten glaubt Autor erklären zu können: dass das Ch. auf Epitheliome eine spezifisch elektive Wirkung ausübe, Krebsgewebe zerstöre und oberflächliche, weiche Hautkrebse zur Heilung bringen könne. Bezüglich der praktischen Verwendbarkeit dieser Methode stellt er noch folgende Sätze auf:

1. Das Ch. wird mit Wasser zu einem Brei verrührt und mit Wattepinsel aufgetragen.

2. Jeden zweiten Tag erfolgt Verbandwechsel.

3. Ch. wird so lange verwendet, bis das Geschwür von einem Verbandwechsel zum andern sich nicht vergrößert hat. Beobachtet man diese Regel nicht, dann kommen Rezidive.

4. Es ist ein vortreffliches Mittel zur Differentialdiagnose. Besonders bemerkenswert, wenn es sich darum handelt, ein beginnendes Portio-Epitheliom von einer gewöhnlichen Erosion zu unterscheiden.

5. Es ist auch ein unschätzbares Mittel bei palliativer Behandlung von inoperablem Uterus, besonders Portio- und Vaginalkarzinomen. Foetor, Blutungen und Schmerzen werden oft wirksam bekämpft.

6. Auch scheint es dem Autor, dass es praktisch wäre, vor Ausführung der Radikaloperation das Uteruskarzinom einige Tage mit Ch. zu behandeln, weil es imstande ist, über gewisse Infiltrate, ob krebsiger oder inflammatorischer Natur, Aufklärung zu schaffen.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 48.)

15\*

— **Intraperitoneale Operationen bei Schwangerschaft oder Geburt komplizierenden T.** Von Dr. Eduard Clemenz. Dozent der Hebammen-Lehranstalt am Alexandra-Stift für Frauen in St. Petersburg. Mit Berücksichtigung der von anderen Autoren veröffentlichten Erfahrungen fasst Cl. die epikritischen Schlussfolgerungen aus seinen 18 (bezw. 19) analysierten Beobachtungen in folgende Sätze:

1. Karzinome und maligne Geschwülste überhaupt, welche die Schwangerschaft komplizieren, müssen möglichst bald und radikal operiert werden; selbst ohne Rücksichtnahme auf die Lebensfähigkeit der Frucht — es sei denn, dass man sich vom ausdrücklichen Wunsche der Eltern nach einem lebenden Kinde beeinflussen lässt und von der Bereitwilligkeit, sich eventuell einem Kaiserschnitte zu unterziehen (bei desolaten Karzinomen).

2. Die Operation von Ovarialtumoren in der Schwangerschaft ist fraglos wünschenswert. In der Wahl des Zeitpunktes zum Eingriffe soll man sich leiten lassen einerseits von Natur, Grösse, Lokalisation der Geschwülste, von den durch sie bedingten Beschwerden, beziehungsweise Behinderungen für die normale Entwicklung der Gravidität oder für die Geburt eines lebensfähigen resp. ausgetragenen Kindes. Andererseits muss als berechtigt hingestellt werden, die Operation (des in den ersten Monaten leichter eintretenden Abortus wegen) erst nach Ablauf des dritten Graviditätsmonats vorzunehmen, oder sie bis zur Lebensfähigkeit der Frucht (etwa 6—8 Wochen vor dem Geburtstermin) aufzuschieben, bezw. erst im Spätwochenbett zu operieren — d. h. individualisierend, je nachdem der jeweilige Fall zur Beobachtung kommt.

3. Bei Myomoperationen in der Gravidität sollen ganz besonders Natur, Grösse, Lokalisation der Geschwülste, ferner Beschwerden resp. Behinderungen der Schwangerschaft für die Entscheidung zur Vornahme eines operativen Eingriffes ausschlaggebend sein — bei der Wahl des Zeitpunktes zur Operation sollten aber dieselben Regeln gelten, wie für Ovarialtumoren.

4. Der einzuschlagende Operationsweg wäre nach dem jetzigen Stande der Operationsmethoden für radikale Operationen maligner T. wohl vorzugsweise der abdominale — für Ovarial- und Myomoperationen soll der abdominale oder vaginale Weg durch Charakter, Grössenverhältnisse und Lokalisation des T. bestimmt werden; in jedem Falle soll der Narbe genügend Zeit zur Konsolidierung in der Gravidität gelassen werden (also 6—8 Wochen bis zum

normalen Geburtstermin) — und Dislokationen bzw. Läsionen des graviden Uterus bei der Operation tunlichst vermieden werden (also auch bei Kolpotomien möglichst die Schleimhaut des Scheidengewölbes anstatt Portio angehackt werden). (Archiv f. Gynäkologie, Bd. 89, Heft 2.)

## Vermischtes.

- **Erfahrungen über die Behandlung granulierender Wundflächen mit Scharlachrotsalbe** veröffentlicht Dr. Gustav Morawetz (Klinik für Syphilidologie und Dermatologie in Wien): Das Scharlachrot wurde als 8%ige Salbe in der von Krajca empfohlenen Bereitungsweise angewendet:

Rp. Scharlachrot 8 g  
tere cum oleo chlorof. usque ad solut.  
adde Vaseline 100 g.

Die Applikation geschah in folgender Weise: Die Salbe wurde messerrückendick auf Mull angestrichen, auf das Geschwür aufgelegt und mit einer Stoffbinde festgelegt; die dem Geschwür unmittelbar benachbarten Hautanteile wurden mit Zinkpasta bestrichen, um Reizungen dieser Zone möglichst zu vermeiden. Der Scharlachrotverband blieb nie länger als 24 Stunden liegen, nach welcher Zeit er gewechselt oder durch einen indifferenten Salbenverband (3%ige Borsalbe) ersetzt wurde, wenn stärkere Reizung der Geschwürsfläche aufgetreten war. Entschieden zu warnen ist vor einem Liegenlassen des Scharlachrotverbandes durch mehr als 24 Stunden. Autor sah einmal nach dreimal 24 Stunden dauerndem Verbands ausgebreiteten gangränösen Zerfall des neugebildeten Epithels der Granulationen und der Randzone der normalen Haut eintreten. Auch der Wechsel von Scharlachrot mit Dermatolgazeverband hat sich ihm recht gut bewährt; es wurde hierbei in der Weise vorgegangen, dass einen Tag Scharlachrotsalbe, einen Tag Dermatolgaze appliziert wurde. Wirkung der Scharlachrotsalbe: Die Granulationen erhalten nach 24 Stunden ein grauweisses Aussehen, offenbar als Zeichen einer geringen Sukkulenz und Reizung, während vom Rande her sich oft schon nach Ablauf der

ersten 24 Stunden ein frischer Epithelsaum zu bilden beginnt. Während der periphere Epithelsaum sich von einem Tage zum anderen sichtlich verbreitert, treten häufig im Zentrum der granulierenden Fläche Epithelinseln auf, die, rasch wachsend, sich mit der peripherischen Epithelzone vereinigen. So kommt die vollkommene Deckung des Krankheitsherdes recht rasch zustande, wobei besonders betont werden soll, dass das unter Einwirkung des Scharlachrots neugebildete Epithel sich durch ausserordentliche Festigkeit auszeichnet. Von den 25 behandelten Fällen waren, wie Autor mitteilt, 12 reine granulierende Flächen, 13 noch mehr weniger eitrig belegte Geschwüre verschiedener Natur. Diese letzteren konnten unter Scharlachrotbehandlung nicht zur Reinigung bzw. Heilung gebracht werden; es muss im Gegenteil vermerkt werden, dass diese Geschwürsformen unter dem Scharlachrotsalbenverband sich wesentlich verschlechterten, stark zu sezernieren begannen, gelegentlich nekrotischen Zerfall in den zentralen Geschwürsanteilen aufwiesen; erst nachdem eine vollkommen rein granulierende Fläche hergestellt worden war, konnte in diesen Fällen Scharlachrotsalbe mit Erfolg verwendet werden. Es scheint demnach die Grenze für eine aussichtsreiche Behandlung mit Scharlachs albe in der Richtung ganz scharf abgesteckt zu sein. Die vom Anfang an gleich vollkommen reinen Granulationsflächen waren je nach ihrer Ausbreitung in einigen Tagen bis einigen Wochen vollständig epithelisiert; selbst solche von Handtellergrösse, bei welchen schon, um den Spitalaufenthalt der Pat. wesentlich zu verkürzen, an eine Hauttransplantation gedacht wurde, kamen in auffallend kurzer Zeit zur vollständigen Verheilung.

(Therap. Monatshefte, September 1909.)

- **Klinische Erfahrungen über intravenöse Suprarenininjektionen bei schweren Herz- und Gefässkollapsen** publiziert Dr. M. John (Städt. Krankenanstalten in Mannheim) und gelangt zu dem Schluss: „In schweren Herz- und Gefässkollapszuständen, in denen die gebräuchlichen Analeptika, wie Strophantin, Koffein, Kampher usw. erfolglos bleiben, können intravenöse Injektionen von 0,5—1 ccm Suprarenin unverdünnt oder mit 9 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt lebensrettende Wirkung entfalten“.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 24.)

- **Zur Versorgung des Nabels bei Neugeborenen** teilt Oberstabsarzt Dr. Krummacher (Wesel) mit, er habe in

mehreren hundert Fällen folgendes Verfahren angewandt, ohne Nachblutung oder Eiterung zu sehen: Nach provisorischer Abnabelung und Bad nimmt die Hebamme das Kind auf den Schoß, wobei sie seine Arme und Beine gut fixiert. Dann senkt der Arzt mit einer gewöhnlichen Brennscheere, die an einer ebenso gewöhnlichen Spirituslampe glühend gemacht ist, den Nabelschnurrest dicht an der Haut durch. Diese mag zum Schutz gegen strahlende Wärme abgedeckt werden, nötig ist es nicht. Verband mit sterilem Mull oder Watte. In den nächsten acht Tagen wird das Kind nicht gebadet; der Verband täglich erneuert.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 25.)

— **Die Teertherapie und ihre Neugestaltung durch Einführung des Pittylens** bespricht Dr. G. Haedicke (Berlin). Pittylen hat ihm die besten Dienste erwiesen, wie folgende Krankengeschichten zeigen:

a) Dermatomykosen.]

Fall 1. 43jähriger Brauer, sonst gesund, leidet an Pityriasis versicolor. An Stelle der üblichen Schälpasten allabendliche Behandlung der befallenen Hautpartien durch Einseifen mit dem dicken Schaum der Salizylsäure-Schwefel-Pittylenseife. Der eingetrocknete Schaum bleibt über Nacht liegen, wird morgens mit Pittylenkaliseife abgewaschen und die Haut am Tage mit 2%igem Pittylen-Zinkpuder behandelt. Nach vierwöchiger Durchführung dieser Therapie Heilung.

Fall 2. 24jähriger Schneidergeselle, wegen Gonorrhoe in Behandlung. An den dem Scrotum anliegenden Hautflächen das Bild des Erythrasma. Therapie anfänglich 2%-, später 5%- und 10%ige Schwefelpittylenseife, wie oben angewandt. Daneben Sitzbäder, denen flüssige Pittylenseife (30 ccm auf ein Bad) zugesetzt wird. Nach sechs Wochen Heilung.

Fall 3. 54jähriger Schuhmacher, mit einem auf  $\frac{2}{3}$  der Oberschenkel und handbreit über die Haargrenze des Mons veneris auf die Bauchhaut ausgedehnten Ekzema marginatum behaftet. Therapie: täglich morgens und abends Pinselung mit 8%iger Pittylen-Azetonlösung, darüber Puder; jeden zweiten Tag ein Bad; nach einer Woche wird auch hier die Pittylenseifenbehandlung begonnen, und zwar auch hier die Salizylsäure-Schwefel-Pittylenseife benutzt. Nach Verlauf von zwei Wochen ist das Ekzem merklich von den Rändern her zurückgegangen, die flam-

mende Röte der befallenen Haut ist erheblich verblasst. Nach weiteren vier Wochen tritt Pat. bedeutend gebessert aus der Behandlung, da er auswärts Beschäftigung gefunden hat. Die Umgrenzungen der Erkrankung sind auf über zwei Drittel der ursprünglichen Fläche zurückgegangen, ohne dass eines der sonst üblichen Arzneimittel in Anwendung gekommen wäre.

#### b) Essentielle Hautflechten.

Fall 1. Frau Ingenieur B., 36 Jahre. Seit acht Monaten bestehendes trockenes Ekzem beiderseits auf den Handrücken; links auch auf den Unterarm übergehend. Therapie: anfänglich Lenigallolzinkepaste (1,0:10,0); später Pittylen-Zinkepaste (1,0:10,0), die nachts unter leichtem Verbands liegen bleibt, morgens mit Olivenöl entfernt wird; darauf Waschungen mit 2%-, später 5%iger Pittyllenseife; tagsüber Einpudern mit 2%igem Pittylenzinkpulver. Nach sechswöchiger Behandlung ist die Heilung eingetreten.

In weiteren drei Fällen von chronischem Ekzem derselbe Verlauf, während die Heilungsdauer variierte.

Fall 2. Fräulein Z., Buchhalterin, 23 Jahre. Seit vier Tagen erkrankt an Pityriasis rosea Gibert; starker Juckreiz. Therapie: zweimal täglich Pinselung mit Pittylenspirit, darüber Pittylenpulver; ab und zu Bäder, in denen die Haut mit Pittyllenseife behandelt wird. Nach 14 Tagen nur noch Waschungen mit Pittyllenseife, nach weiteren acht Tagen geheilt.

#### c) Hautaffektionen mit ausgesprochenem Juckreiz.

Fall 1. Herr R., 19jähriger Gymnasial-Abiturient, wird gerade in der Vorbereitungszeit für das Examen durch eine typische Prurigo, die seit Kindheit besteht, ungemein belästigt. Der Körper ist überall bedeckt von groben Kratzeffekten, die zunächst mit Xeroform behandelt werden, während der übrige Körper täglich dick mit Pittylen-Schüttelmixtur bepinselt wird, die morgens durch Abseifen im kühlen Bade mit Pittylen-Menthalseife entfernt wird. Unter diesen Massnahmen schnelle Abheilung der Kratzwunden und zunehmende Erleichterung durch Nachlassen des Juckreizes. In den Sommerferien wird Pat. an die See geschickt, wo neben kalten Seebädern die Pittylen-therapie fortgesetzt wird; ausserdem zur Ablenkung weite

Spaziergänge, Bootfahrten u. dgl. Nach der Rückkehr keine Spur von Kratzeffekten mehr vorhanden; der allgemeine Juckreiz, wenn auch hin und wieder auftretend, hat bedeutend an Intensität abgenommen, und Pat. setzt die Behandlung fort, um nicht von neuem den quälenden Symptomen der Krankheit ausgesetzt zu sein. Wenn hier auch keine Dauerheilung vorliegt, so war der Erfolg der Pittylentherapie bezüglich des subjektiven Befindens des Kranken dennoch ein durchaus günstiger.

Fall 2. Frau A., 28 Jahre, verheiratet. Seit mehreren Tagen im Anschluss an die Menses heftiger Pruritus vulvae: krankhafte Erscheinungen an den Geschlechtsteilen nicht vorhanden; Urin zucker- und eiweissfrei. Therapie: einmalige Aetzung der Scheide und äusseren Genitalien mit 5%iger Höllensteinlösung und Einpudern mit Pittylenzinkpuder. An den folgenden Tagen Spülungen der Vagina mit einer Lösung von flüssiger Pittylenseife (ein Esslöffel auf ein Liter lauwarmes Wasser), Waschungen der Vulva mit Menthol-Pittylenseife und Einpudern. Pruritus nach acht Tagen verschwunden.

Vaginalspülungen mit Pittylenseifenlösung leisteten ferner auch bei dem in Anschluss an Gonorrhoe auftretenden Pruritus vulvae symptomatisch recht gute Dienste.

#### d) Parasitäre Hautkrankheiten.

Vier Fälle von frischer und älterer Scabies wurden, nachdem die übliche Therapie an zwei aufeinanderfolgenden Abenden vorgenommen war, bis zum völligen Verschwinden des postscabiösen Ekzems durch 1—3 Wochen mittels Einschäumen der Perubalsam-Pittylenseife und Pittylenseifenbädern behandelt, und das Resultat befriedigte stets.

#### e) Zirkulatorische Störung der Hautfunktion.

Max R., 9 Jahre; Urticaria ex ingestis; leichtes Fieber: intern Salipyrin; extern gegen den Juckreiz 5%iger Pittylenspiritus morgens und abends aufgespritzt, darüber Pittylenzinkpuder.

Aufhören des Juckreizes am zweiten Tage.

#### f) Pustulöse Hautausschläge.

Frieda C., 1½ Jahr. Ekzema impetiginosum corporis. Täglich ein Bad mit flüssiger Pittylenseife (ein halbes Wasserglas auf ein Kinderbad), danach Einpinseln mit Pittylenschüttelmixtur (2%). Nach zwei Wochen Heilung.

## g) Hyperkeratosen.

Frau P., 60 Jahre, leidet an starker Verhornung der Fusssohlen. Nach dreimonatigem Gebrauch der Pittyplaste mit steigendem Pittylengehalt ist völlige Heilung der Callositas beiderseits eingetreten.

## h) Anomalien der Anhangsgebilde der Haut.

Fall 1. Herr H., 42 Jahre, Maschinist. Acne vulgaris faciei. Therapie: anfangs 2%ige Pittylenseife nachts über als Schaum appliziert; am Tage nichts. Intern Karlsbader Salz, Vegetabilien, Alkoholverbot. Späterhin 5%- und 10%ige Salizylsäure-Schwefel-Pittylenseife, wie oben angewandt, führen nach zehn Wochen zur Heilung.

Beginnende Akne-Erkrankung in der Pubertätszeit scheint gleichfalls für die Pittylentherapie ein gutes Feld zu sein; wenigstens konnte ich in zwei Fällen mit den Erfolgen zufrieden sein.

Fall 2. Herr S., 35 Jahre, Buchhalter, leidet an Pityriasis capitis mit starker Schuppenbildung und Haarausfall. Therapie: zweimal wöchentlich energische Seifung der Kopfhaut mit 5%iger Schwefel-Pittylenseife; täglich abends ein Teelöffel Captolspiritus auf den Haarboden verrieben; nach sechswöchentlicher Fortsetzung erhebliche Verminderung der Schinnenbildung und des beginnenden Haarausfalles.

Resümee. Auf Grund dieser, wenn auch nur kleinen Kasuistik kann das Resultat der neuen Teertherapie als ein gewiss vorzügliches bezeichnet werden; grosse Anerkennung verdient die völlige Reizlosigkeit des Pittylens, das ausserdem durch seine Geruchlosigkeit vor anderen Teermedikamenten ausgezeichnet und daher in allen Fällen indiziert ist, bei denen der Teer überhaupt als Heilmittel in Frage steht, zumal die Applikationsform in mannigfacher Weise erfolgen kann und somit dem Arzte wie dem Pat. den unter Umständen wünschenswerten Wechsel in der Anwendungsform ermöglicht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 28.)

- Mit **Jothion** extern appliziert — tägliche Einreibung einer handtellergrossen Fläche der Haut mit einem 25%igen Lanolin-Vaselingemisch — hat Dr. E. Richter (städt. Krankenhaus zu Kiel) bei chronischen Katarrhen der Luftwege, Emphysem, Asthma bronchiale, schlecht sich lösenden Pneumonien, ferner — bei lokaler Applikation — bei



chronisch-entzündlich-exsudativen Prozessen, wie chron. Arthritis, Pleuritis, Peritonitis, Hydrocele, Knochengummen usw. recht gute Erfolge erzielt. Auffallend war, dass Pat., die auf intern gegebene Jodpräparate sofort mit akutem Jodismus reagierten, das Jothion bei ausgiebiger Jodresorption, die durch den Jodnachweis im Urin festgestellt wurde, wochenlang anstandslos vertrugen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 34.)

- **Ein sterilisierbarer Höllensteinhalter** wird von Arthur Hartmann (Berlin) angegeben. „Als Träger für den Höllensteinstift sind noch allgemein, besonders in Krankenhäusern der Gänsefederkiel oder Holzröhren in Verwendung. Bei beiden lässt die Sauberkeit recht viel zu wünschen übrig. Wenn die eitrigen Sekrete mit dem Federkiel oder mit dem Holze in Berührung kommen, ist die Reinigung unmöglich. Ich habe deshalb seit längerer Zeit einen Höllensteinträger in Gebrauch, der den Anforderungen der Asepsis entspricht. Er besteht, ähnlich wie der Kohlehalter fürs Zeichnen, aus zwei leicht federnden Branchen, die durch das Verschieben eines Ringes geschlossen werden können. An den zum Fassen des Stiftes bestimmten Enden sind zwei hohle, aus reinem Silber bestehende Platten angebracht; durch Verschieben des Ringes wird der Stift zwischen den Silberplatten festgehalten. Nach dem Gebrauch kann mit Hilfe einer Nute der Ring ganz herausgenommen werden, wodurch die Branchen des Halters sich weit öffnen. Der ganze Halter kann nun ohne den Stift ausgekocht und auch auf den Innenflächen gereinigt und abgetrocknet werden. Der feucht gereinigte Stift wird dann wieder eingespannt und kann, wenn nötig, über der Spiritusflamme oder über der Lampe getrocknet werden. Wenn die Metallteile mit der Wunde nicht in Berührung gekommen sind, ist eine Herausnahme des Höllensteins nicht erforderlich. Es genügt das feuchte Abwischen. Der mit dem Stift versehene Halter wird in einem Reagenzglas, auf dessen Boden sich ein Wattebausch befindet, oder in einer Zelluloidhülse aufbewahrt. Bei dem Gebrauch ist darauf zu achten, dass der Höllenstein nur mit den Silberplatten in Berührung kommt, dass er nur bis zu den Ansatzstellen der Silberplatten in den Halter geschoben wird. Die geringen Anschaffungskosten werden durch den geringeren Verbrauch von Höllenstein schnell aufgewogen. Der Höllensteinhalter wird angefertigt vom Medizin. Warenhaus, Karlstr. 31. (Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 33.)

- **Ueber praktische Ohrentrichter** schreibt Dr. W. Guttman, Stabsarzt in Strassburg i. E.: „Die jetzt in der Praxis ausschliesslich angewandten Ohrentrichter aus Metall und Hartgummi haben bekanntlich mehrfache Nachteile. Die Metalltrichter verursachen leicht unangenehme Temperaturempfindungen und bleiben wegen ihrer relativen Schwere nicht so gut in jeder Lage, die man ihnen gibt. Die Hartgummitrichter lassen sich nicht vollkommen sterilisieren, da sie längeres Auskochen nicht vertragen. Eine mechanische Reinigung beider Arten von Trichtern ist umständlich. Alle Trichter aus starrem Material haben aber auch den Nachteil, dass sie nur für bestimmte Ohren passen, da die Oeffnung an der Spitze unveränderlich ist. Man ist daher darauf angewiesen, mehrere Trichter von verschiedener Grösse zur Verfügung zu haben. Zufällig kam ich nun auf den Gedanken, Ohrentrichter aus elastischem Material zu verwenden, deren Ohröffnung beliebig verändert werden kann. Zuerst improvisierte ich derartige Trichter, indem ich Pappe bzw. Pergamentpapier in geeigneter Weise zusammenrollte. Im Notfalle kann man sich auf diese Weise das Trommelfell leidlich sichtbar machen. Ein viel geeigneteres Material fand ich dann im Zelluloid, da dieses dem Drucke der Gehörgangswandungen einen grösseren Widerstand bietet und auch die Behandlung mit desinfizierenden Flüssigkeiten gestattet. Zur Herstellung der Ohrentrichter, die am besten fabrikmässig erfolgt, wird dünnes, durchsichtiges Zelluloid auf einer Form so gerollt und dann gepresst, dass man einen Trichter mit kleiner Oeffnung an der Spitze erhält. Infolge seiner physikalischen Eigenschaften bleibt dann das Zelluloid ohne weiteres in der ihm gegebenen Form. Eine Erhöhung der Stabilität kann man noch dadurch erzielen, dass man an der Basis einen Ring (ebenfalls aus Zelluloid) anbringt. Will man nun eine grössere Ohröffnung haben, so schneidet man einfach mit einer Schere soviel von der Spitze ab, wie erforderlich ist. Eine eventuelle Verengerung kann man durch stärkeres Einrollen, allerdings nur in mässigem Grade, erzielen. Diese Trichter, welche ich wegen der Veränderlichkeit der Ohröffnung und ihrer Biegsamkeit „Flextrichter“ nenne, haben noch einen andern Vorzug, nämlich den der Billigkeit. Sie kosten nur wenige Pfennige pro Stück. Infolgedessen kann man ohne wesentliche Kosten für jeden Pat. bzw. jedes zu untersuchende Ohr einen besonderen Trichter verwenden, den man nach dem Gebrauch fortwirft. Es

ist dies jedenfalls die bequemste und — wenn man von den Anforderungen strengster Aseptik absieht — beste Methode der Sauberkeit. Uebrigens kann man aus einer anderen Sorte von Zelluloid auch starke Ohrentrichter herstellen, welche den jetzt üblichen Hartgummitrichtern vollkommen gleichwertig sind, sie aber noch dadurch übertreffen, dass sie wegen ihrer Elastizität unzerbrechlich und ausserdem viel billiger sind.\*)

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 32.)

- Prof. A. Moeller: **Bakteriologische Untersuchungen über Irrigal.** Nachdem er durch bakteriologische Prüfung die Wirksamkeit des Mittels festgestellt, gab es Autor seinen lungenkranken Pat., die mit einer katarrhalischen Vaginalaffektion behaftet waren, mit bestem Erfolge zu Ausspülungen. Diese wurden täglich ausgeführt, nachdem eine Tablette in einer Tasse heissen Wassers gelöst und diese Lösung dann einem mit Wasser von 26—28° R. gefüllten Irrigator zugesetzt war. Das Brennen liess bald nach, der üble Geruch verlor sich, der Ausfluss nahm mehr und mehr ab.

(Therap. Monatshefte, Oktober 1909.)

- Ueber **Anwendung von Zahnpulvern, Zahnpasten und Mundwässern** sagt Dr. P. Ritter (Berlin):

„Von Pulvern sind die säurefreien Alkalien anzuraten, am besten, wenn kein „Zahnpulver“ verschrieben oder gekauft werden soll, ist fein pulverisierte Schlemmkreide anzuraten. In neuerer Zeit erfreuen sich die Zahnpasten grosser Beliebtheit. Indessen sollen sie nicht ohne Grund angewandt werden, insbesondere nicht die mit Zusatz von Kali chloricum. Vielmehr soll letzterer Zusatz immer nur eine beschränkte Zeit verordnet werden, z. B. bei Stomatitis mercurialis. Derartige Pasten sind in den Apotheken vorrätig. Bei Mundwässern ist der Zusatz von Säuren möglichst zu vermeiden. Es empfehlen sich z. B. folgende Verordnungen: die Indikation für die Anwendung der essigsauren Tonerde, des Kali chloricum und anderer Mundspülmittel ist genügend bekannt: A. Mundwasser: Thymol. 1, Spir. vin. rect. 50, Tr. Ratanh. 10. S. 20 Tropfen auf  $\frac{1}{2}$  Glas Wasser zum Mundspülen. — Tr.

\*) Die Fabrikation der — gesetzlich geschützten — „Flexohrtrichter“ sowie der starren Zelluloidtrichter („Zello“-Trichter) hat die Märkische Zelluloidwarenfabrik Varton & Teubel in Birkenwerder bei Berlin übernommen.

Calam. 10, Tr. Chin. spl., Tr. Myrrh. aa 8, Ol. menth. pip. gtts. VIII, Spir. vin. rect., Aqu. dest. aa 90. S. <sup>1</sup>/<sub>2</sub> Teel. auf ein Glas Wasser. — Tr. Ratanh. 5, Tr. Myrrh. 2, Tr. Benz. 15, Spir. vin. 50, Ol. menth. pip. gtts. X. S. 20 Tropfen auf <sup>1</sup>/<sub>2</sub> Glas Wasser (gut, aber teuer). — Thymol. 0,25, Ac. benzoic. 3,0, Tr. Eucalypt. 15, Alcohol. absol. 100, Ol. menth. pip. 1. S. Ein Teelöffel auf ein Glas Wasser zum Mundausspülen nach den Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen. (Miller.) — Wasserstoff-superoxyd, in wässriger Lösung käuflich; die stärkste Lösung ist die 10%ige. a) Sol. hydrogenii hyperoxyd. 10%, 200 g. S. Ein Teelöffel auf ein Glas Wasser zum Spülen. b) Sol. hydrogenii hyperoxyd. 3%. S. 1—2 Esslöffel auf ein Glas Wasser zum Mundausspülen. (Nur kurze Zeit bei Mundkrankheiten zu verwenden.) — Sol. Acid. carb. 5:100. D. S. Ein Esslöffel auf ein Glas Wasser, dreistündlich zum Mundausspülen. (Septische Zahnwunden.) Thymol. 0,10, Spir. Meliss. 30, Tr. Myrrh., Tr. Calam. aa 20. S. Mundwasser bei blutendem Zahnfleische; 15 Tropfen auf <sup>1</sup>/<sub>4</sub> Glas Wasser. B. Zahnpulver: Calc. carbon. praec. 30, Sapon. med. 2, Ol. menth. pip. 0,3. S. Zahnpulver (weisses). — Natr. bicarbon. 2,5, Conch. praep. 12, Magnes. alb. 8, Lacc. in globulis 1,2. M. f. pulv. subt. S. rotes Zahnpulver. — Pulv. Oss. Sep. Pulv. rad. Ir. flor., Pulv. Carbonis aa 5,00, Ol. menth. pip. gtts. 5, M. f. p. subt. (Heiders Zahnpulver.) — Magnes. carbon. 5, Calcar. carbon. praec. 30, Rad. Calam. 5, Rad. Irid. 3, Ol. menth. pip. 0,3. — Conch. praep., Magnes., carbon., Rad. Irid. florent., Sapon. med. aa 5,0. M. f. p. subt. S. Zahnpulver. — Cretae praecip. 30,0, Cort. cascarill. subtiliss. pulv. 5,0, Olei citri 0,20. S. Zahnpulver (Holländer). — Conchae praepar. 40, Magnes. carbon. 10,0. D. S. Zahnpulver (während der Schwangerschaft). — Cretae alb. praep. 60, Magnes. carbon., Conch. praep. aa 15,0, Sapon. medic. 10,0. M. f. p. subtil. S. Zahnpulver. Beim Gebrauche von Mineralwässern und Stumpfsein der Zähne (Schmedicke). — C. Zahnpasten: Carmin. 0,15, Ol. menth. pip. 0,5, Ol. gaulth. 0,1, Glyzerin 3,75, Sapon. medic. 3,75, Calcar. carbon. 7,5, Rhiz. Iridis, Magnes. carbon. aa 5,0, Sir. qu. s. S. Zahnpaste (Ritter). — Magnes. carbon., Pulv. rad. Irid. flor., Talc. praepar., Sapon. med. aa 8,0, Ol. menth. pip. 0,50, Sir. sach. qu. s. ut fiat massa consistent. saponis. D. S. Sapo dentrificus (Schömann)."

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1909 Nr. 15.)

- Dr. Osten (Königslutter): **Das Fahrrad als Zentrifuge.** „Wie oft sieht der praktische Arzt sich genötigt, Harn auf seine Sedimente zu untersuchen. Zur schnellen Gewinnung der Harnsedimente wird die Zentrifuge angewendet oder man lässt den Niederschlag in einem Spitzglas sich mehrere Stunden absetzen, eine umständliche Methode. Die meisten Kollegen besitzen aus Sparsamkeitsrücksichten keine Zentrifuge, viele jedoch ein Fahrrad, welches man in kürzester Zeit in eine brauchbare Zentrifuge umwandeln kann. Zu diesem Zwecke wird das Fahrrad in einen Ständer oder umgekehrt auf den Sattel und die Lenkstange gestellt, so dass das Hinterrad und die Pedale sich frei bewegen können. Das übliche, unten spitze Zentrifugenglas wird, mit Urin gefüllt, in eine passende Holz- oder Blechbüchse gesteckt, und diese mittels kleiner Riemen an einer Speiche des Hinterrades gut befestigt. Durch Drehen an den Pedalen ist nach wenigen Minuten das Sediment in die Spitze des Glases geschleudert, die mikroskopische Untersuchung kann beginnen. Zu diesem Verfahren bin ich angeregt durch einen ähnlichen Apparat, der kürzlich zur Fettgehaltsbestimmung der Milch konstruiert ist.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 47.)

## Bücherschau.

Die bei G. Thieme (Leipzig) erschienene **Gülhane-Festschrift** zum zehnjährigen Bestehen des Kaiserlich Osmanischen Lehrkrankenhauses Gülhane, herausgegeben von Prof. Dr. Wieting-Pascha (Preis: Mk. 12.—) ist ein stattlicher Band, welcher eine grosse Anzahl kleinerer und grösserer Arbeiten enthält, des verschiedensten Inhalts, aber sämtlich interessant, meist recht lehrreich. Auch der praktische Arzt kommt bei dem Studium durchaus auf seine Kosten.

- Döderleins **Geburtshilflicher Operationskurs** ist jetzt in 8. Auflage erschienen (Leipzig, G. Thieme. Preis: 4 M.). Das kleine Buch, das 163 Abbildungen bringt, bedarf wohl keiner Empfehlung mehr. Der knappe, durchaus verständliche Text, die schönen instruktiven Bilder

belehren den Leser spielend über alle geburtshilfflichen Eingriffe. Es ist daher kein Wunder, dass das Werk in wenigen Jahren so oft aufgelegt werden musste.

- Rotters **Typische Operationen** ist ein Buch, das wohl jeder Arzt kennt, das Tausenden von Praktikern als Führer und Berater dient. Es braucht daher nur angezeigt zu werden, dass jetzt die 8. Auflage des Werkes erschienen ist, herausgegeben von A. Schönwerth (J. F. Lehmann, München. Preis: Mk. 8.—). Der Bearbeiter hat selbstverständlich alle neuen Fortschritte der Chirurgie berücksichtigt und deshalb zahlreiche Ergänzungen und Umarbeitungen vorgenommen. So steht das Buch durchaus auf seiner bisherigen Höhe und wird sich wieder neue Freunde erwerben.
- Die Jankauschen „Taschenbücher“ erfreuen sich bei den Spezialärzten und Praktikern grosser Beliebtheit, und mit Recht. Bringen sie doch eine Fülle wissenswerter Daten, Tabellen, Aufsätze usw., so dass sie Nachschlagebücher darstellen, welche vorzügliche Dienste leisten. Das **Taschenbuch für Augenärzte** ist jetzt in 4. Auflage erschienen, das **Taschenbuch für Frauenärzte** in 3. Auflage (M. Gelsdorf, Eberswalde). Dass der Herausgeber bei jeder neuen Auflage bestrebt ist, den Inhalt zu vermehren und zu verbessern, sei besonders hervorgehoben.




---

## Notiz.

Die heutige Nummer unseres Blattes enthält eine Beilage „**Arhovin**“ von Goedecke & Co., Berlin, auf die wir besonders hinweisen.

---

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

**KNOLL & Co.**



**Ludwigshafen**  
am Rhein.

# Arsen-Triferrin

## Organisches

## Arsen-Eisenpräparat.

Arsen-Triferrin enthält 22% Eisenoxyd, 0,1% Arsen, und 2,5% Phosphor. Das Arsen-Triferrin passiert den Magen unzersetzt und wird erst im Darm gelöst und leicht resorbiert. Infolge dieses Verhaltens fallen vor allen Dingen die Arsen-Nebenerscheinungen auf die Magenschleimhaut fort. Die therapeutische Wirksamkeit des Arsen-Triferrins wurde von Prof. Mosse in der Senatorschen Klinik, Berlin festgestellt.

### Indikationen:

Blutarmut, namentlich nach schweren Krankheiten, manche Fälle von Bleichsucht, die der Wirkung von Eisen allein widerstehen. Neurasthenie und nervöse Erschöpfungs- bzw. Schwächezustände, Hysterie, Skrofulose und Hautkrankheiten.

### Dosierung:

*Dreimal täglich eine Tablette zu 0,3 g. Eine Tablette Arsen-Triferrin enthält 0,05 g Fe und 0,0003 g As.  
Die Tabletten sind zu zerkauen.*

Preis: 1 Originalflasche mit 30 Tabletten M. 1.—.

Literatur und Proben kostenlos.

# **Eine diätetische Massnahme,**

die sich nach ärztlicher Erfahrung in allen Krankheitsfällen bewährt hat, ist die Verordnung von Kathreiners Malzkaffee. Er ist absolut unschädlich, hat milden, aromatischen Geschmack und wirkt diätetisch anregend. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben kostenlos zur Verfügung.

## **„Siccator“**

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50

Zu haben bei:

**Hermann Katsch, München, Bayerstr. 25.**

## **Asthmainhalations- Zerstäubungsmittel**

nach Apotheker Schoellkopf,

ärztlich anerkannt und bestens empfohlen

bei asthmatischem Katarrh u. Asthma-Anfällen, Emphysem,  
Asthma infolge Heuschnupfen und Krampfhusten.

Das zuverlässigste existierende Asthmamittel. Original-Packung Mk. 7.50;  
kleine (Probe-) Packung Mk. 3.—; vorzügliche Spray-Apparate Mk. 7.50.

Literatur kostenlos. Zu beziehen durch das

**Chemisch-pharmazent. Laboratorium „Bavaria“, München.**

Apotheker R. Schoellkopf.



# Malztropon

## für stillende Mütter

Malztropon bewirkt eine auffallend schnelle Vermehrung der Muttermilch; es hebt das Allgemeinbefinden und beseitigt etwa vorhandene Beschwerden des Selbststillens.

Büchse **nur** Mk. 1.—.

**Troponwerke Mülheim-Rhein.**



Warum **Kaisers Kindermehl** eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

**Proben gratis** **Proben gratis**  
 $\frac{1}{4}$  kg-Dose 65 ¢  $\frac{1}{2}$  kg-Dose 1.25.

**Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.**

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,  
 weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 ¢; mit Pinzette 4,50 ¢ excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

**Dr. Walther Koch's „Praevalidin“**

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-robrierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

**Woll-Wäscherei und Kämmererei, Abt. chem. Fabrik**  
**in Döhren bei Hannover.**

Deutsch-Südtirol

# Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

## Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt.

**Lenicet**  
**Euvaselin**  
**Bleno-Lenicet-**  
**Salben**

Dr. R. Reiss'  
Lenicet- u.  
Euvaselinfabrik  
Charlottenburg 4

schwerlös-  
essigsäure  
Tonerde  
in  
Streupulvern,  
Salben:  
Chirurgie,  
Dermatolog.  
Ophthalmolog.  
Gynaecolog.

**Neuheit!**  
D. R. P. Nr. 193 523.  
D. R. G. M. Nr. 329 682.



vergl.  
„Zentralblatt  
für  
Chirurgie“  
Nr. 18,  
1908.

**Apparat zur Anlegung fester  
Verbände an der unteren  
Extremität nach Dr. Manasse**

**Vorteile des Apparates:**

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Operation von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.

**Preis Mk. 120.—.** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowerstr. 18/19, Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.** ohne ärztliche Assistenz.

Aus dem Quellniederschlage der Schwefelquellen des Königl. Bades Nenndorf, aus neutraler Seife und Lanolin, wird durch Pillieren hergestellt die überfettete

**Nenndorfer Schwefelseife**

Bestes kosmetisches Mittel bei unreiner Haut, Heilmittel bei nässenden und trockenen Ausschlägen und Flechten, Psoriasis vulgaris, Sykosis, Pruritus, Furunculosis etc. etc.

**Nenndorfer Mundwasser**

ist gegen Stomatitis das wirksamste, angenehmste und billigste Mittel zur gründlichen Pflege des Mundes und der Zähne.

Zu haben in den Apoth., ev. durch Apoth. A. Jacobi, Bad Nenndorf b. Hannover.

**Laxin Confect**

**Abführende Fruchtpasten**

von höchstem Wohlgeschmack und sicherer, milder Wirkung.

**Original Dose (20 Stück) 1-Mark**

Proben und Literatur gratis.

**Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.**

**Prof. Dr. Soxhlet's**

**Nährpräparate:**

**Nährzucker** und verbesserte Liebigsuppe in Pulverform in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu 1,50 Mk.

**Nährzucker-Kakao** in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu 1,80 Mk.

**Eisen-Nährzucker** mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt 1,80 Mk.

**Eisen-Nährzucker-Kakao** mit 10% ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt 2,— Mk.

**Leicht verdauliche Eisenpräparate,**

klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H. H. Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

**Nährmittelfabrik München, G. m. b. H.**

In Passing bei München.

# *Albin*

## **H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-Zahnpasta**

stark desinfizierend und desodorisierend, dabei völlig ungiftig. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, foetor ex ore u. dgl.

# *Lactagol*

## **Spezifisches Lactagogum**

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten, Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

# *Vasogen*

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

---

## **Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.**

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

**Alleinige Inseraten-Annahme:**

**A. Friedr. Hedtke, Berlin-Schöneberg, Hohenfriedbergstr. 17.**

Original from



**XIX.**  
**Jahrgang.**

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**Einzelpreis 45 Pf.**

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—  
zuzüglich Porto.

**N<sup>o</sup> 6.**

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

**Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.**

## Inhalts-Verzeichnis:

Anästhesie, Narkose. — Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. — Arthritis urica. — Asthma. — Blutungen. — Frakturen und Luxationen. — Furunkel. — Intoxikationen. — Meningitis. — Obstipatio. — Otitis. — Psoriasis. — Syphilis. — Verrucae. — Vermischtes.

# Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzenweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis.  $\equiv$  Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2–6 Tabletten täglich.  $\equiv$  Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzenweiß gebundenes J  $\equiv$  Literatur und Proben kostenfrei.

**Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz**

**CARL SALLMANN IN LEIPZIG.**

Digitized by

Google

1909

Original from  
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
**ELBERFELD.**

Neu!

Neu!

# fsurol

leicht wasserlösliches, reizloses  
Quecksilberpräparat

## für die Syphilistherapie

zur subkut. resp. intramuskulären Anwendung.

In Substanz à 1, 5, 10 g.

In Ampullen à 2 ccm. 5% Lösung.

„Originalpackung - Bayer.“

## Eine Natron-Lithion-Quelle I. Ranges

und ein sehr angenehmes Tafelwasser ist die „Kaiser Friedrich-Quelle“, Offenbach a. M., dabei ein bewährtes Heilmittel bei allen Stoffwechselkrankheiten, insbesondere **Gicht** und **Nierensteinen**. Sehr bekömmlich, leicht verdaulich (hypotonische Lösung), kann dieses Mineralwasser **Jahr und Tag hindurch** kurzgemäss ohne Beschwerden getrunken werden. Ausgezeichnet durch sein Harnsäurelösungsvermögen, deshalb auch prophylaktisch zu verwenden.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

# SALEN.

D. R. P.

leicht resorbierbarer, geruchloser,  
vollständig reizloser Salizylsäureester  
zur externen Behandlung von Rheumatosen,  
sowie bei akuten Gichtanfällen.

Rp. Salen. spir. aa 10,0 S. äusserlich.

Bei akuten Gichtanfällen: Rp. Salen. pur. 15,0 S. zum Aufpinseln.

## SALENAL

Ungt. Salenae mit 33 $\frac{1}{3}$ % Salen. pur.

Bequemste und billigste Anwendungsweise von Salen.

### Kassenpraxis

Rp. 1 Originaltube Salenal (ca. 30 g entsprechen 10 g Salen. pur.)  
M. 1,10.

**Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).**

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

## Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz  
der versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze <sup>zu</sup> Trinkkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

## Dr. Ernst Sandow's Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch,

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20,  
30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

## Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift  
des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarrhal. u. entzündl. Augenerkrankungen,  
sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.

# Gastrosan

wirksam bei

## Säurebeschwerden

(macht oft den symptomatischen Gebrauch von Natron für längere Zeit entbehrlich),

## Zersetzungerscheinungen

(Gärung, Fäulnis) im Magendarmkanal, z. B. bei **Salzsäuremangel** und **Störungen der Magenmotilität**.

Rp. Gastrosan-Zeltchen 0,75 g, 10 Stück in Originalpackung.

S. tägl. 1–3 Zeltchen, gut zerdrückt und in Wasser verührt einzunehmen.

Rp. Gastrosan 0,5 g. D. tal. dos. Nr. 10.

S. 1–4mal täglich ein Pulver.

# Tannismut

## Darmadstringens

mit rasch eintretender, lange anhaltender, auch auf die unteren Darmpartien sich erstreckender Wirkung bei **akuten** und **chronischen Diarrhöen**.

## Verbindet Wismut- und Tanninwirkung.

Rp. Tannismut-Tabl. 0,5 g, 20 Stück in Originalröhrchen.

S. tägl. 3–5 Tabletten.

Rp. Tannismut 10 g in Originalschachtel

S. 3–6mal täglich 1 Messerspitze voll, am besten in Suppe zu nehmen.

# Novargan

Wegen Reizlosigkeit auch stärkerer Lösungen besonders für Behandlung der **akuten Gonorrhöe** geeignet.

Proben und Literatur kostenfrei.

**Chemische Fabrik von Heyden,**  
**Radebeul-Dresden.**



# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**März**

**XIX. Jahrgang**

**1910**

### **Anästhesie, Narkose. Die Erkennung des richtigen**

**Momentes im Aetherrausche.** Von Privatdoz. Dr. John Landström (Stockholm). „Die grosse praktische Bedeutung des Aetherrausches und die Wichtigkeit des richtigen Erkennens des günstigen Augenblickes dürfte folgende Mitteilung berechtigen. In seiner letzten Arbeit im Archiv für klin. Chirurgie Bd. XC, 2 berichtet Sudeck über sein Verfahren, das hauptsächlich in einer Prüfung des Schmerzgefühles mit einer Stecknadel nach Art der neurologischen Untersuchung, oder mit der Spitze bzw. dem Rücken des Messers besteht.

Es kann jedoch nicht geleugnet werden, dass viele nervöse und unruhige Pat. auf eine unangenehme Weise auf die Nadelstiche reagieren, und dass der Aetherrausch durch die störende Untersuchung in einem Teile von Fällen nachteilig beeinflusst wird. Während der letzten Jahre habe ich mich einer Beobachtung bedient, die einen sicheren Anhaltspunkt für die Bestimmung des richtigen Momentes gibt, ohne dass der Pat. dadurch auf irgendeine Weise gestört wird. Ich lege im Gegenteil grosses Gewicht darauf, dass im Operationszimmer vollständige Stille herrscht. Der Aether wird tropfenweise auf die offene Maske gegossen; zuerst vorsichtig, dann in immer stärkerem Strome. Sobald der Pat. die Aetherdämpfe einatmet, fangen zufolge der gesteigerten Speichelabsonderung auch Schluckbewegungen an, und zwar in ziemlich regelmässigen und kurzen Intervallen.

Das Schlucken hört jedoch nach einer kleinen Weile auf oder geschieht nur nach längeren Pausen; ich habe

gefunden, dass dieser Uebergang, der wahrscheinlich daher kommt, dass der Pat. nicht mehr empfindlich gegen die Salivation ist, den Eintritt des Aetherrausches bezeichnet. Nachdem die Schluckpausen grösser geworden sind, pflege ich noch eine oder zwei weitere Schluckungen abzuwarten und dann unmittelbar darauf den Eingriff vorzunehmen. Soviel ich mich noch erinnern kann, hat die Methode in keinem Falle versagt.“

(Zentralblatt f. Chirurgie 1909 Nr. 44.)

— **Weitere Erfahrungen mit Alypin als Lokalanaestheticum.**

Von Dr. A. Bubenhofer (Marienhospital in Stuttgart). Autor benützt Alypin auf der chirurgischen Abteilung als ausschliessliches Infiltrationsanästheticum bei der Exstirpation kleiner Tumoren (Atherome, Dermoiden, kleine Hautkarzinome, Ganglien usw.), Entfernung von Fremdkörpern, ferner bei Tracheotomien. Besondere Dienste hat Alypin bei Operationen an Fingern und Zehen (Amputationen, Exartikulationen, Exzision von eingewachsenen Nägeln) in folgender Anwendung geleistet: Die Nadel der (10 cm haltenden) Spritze wird zunächst dorsal senkrecht auf die eine (radiale oder ulnare) Kante des Knochens eingestossen. Hier werden 1—2 ccm der Lösung injiziert; nun wird die Nadel an dem Knochen vorbei auf die volare Seitenfläche geführt und hier die gleiche Flüssigkeitsmenge appliziert, darauf die Nadel herausgezogen und in derselben Weise auf der anderen Seite des Knochens wieder eingeführt unter abermaliger Injektion etwa der gleichen Menge des Mittels wie eben. Autor gedenkt dabei die Nn. digitales entweder direkt oder in der Umgebung zu treffen, und zwar sicherer und intensiver als mit der subkutanen Injektion. Sofort oder nach Verlauf von vielleicht einer Minute nach beendeter Injektion kann jede Operation, selbst Amputation des Gliedes vorgenommen werden. Autor hat auf diese Weise eine ganze Anzahl Amputationen und Exartikulationen gemacht — meist bei Maschinenverletzungen, manchmal wegen zerstörender Panaritien usw. — und dabei fast nie Schmerzensäusserungen der Pat. wahrgenommen. Zahlreiche Exzisionen von Ungues incarnati, eine bekanntlich enorm schmerzhaftes Prozedur, wurden ebenfalls schmerzlos erledigt. Ja auch mehrere Finger wurden unter dieser Anästhesie in einer Sitzung des öfteren operiert. Dabei hat Autor zuerst der Reihe nach die in Betracht kommenden Finger injiziert, dann sofort bei dem zuerst injizierten mit der Operation (Amputation,

Exartikulation, Naht von Sehnen usf.) begonnen. Die Wahl der Stelle zur Einspritzung im Verlaufe des Gliedes traf er so, dass er ca. 2 cm proximal von der voraussichtlichen Operationsstelle injizierte, bei Operationen an der I. Phalanx an der Basis dieser, direkt vor dem Metakarpophalangealgelenk. Alle bisher beschriebenen Operationen (Pinselungen ausgenommen) machte Autor mit einer 1%igen sterilisierten Alypinlösung, der 3—5 Tropfen einer 1 prom. Suprareninlösung zugefügt werden (da man von der Suprareninbeimischung eine erhöhte Wirkung des Alypins — wie anderer Mittel — erwartet. Autor bereitet sich die Lösung selbst aus Tabletten auf folgende Weise: Eine 1 g haltende Tablette wird in 100 ccm gekochten Wassers in sterilem Gefäß (Arzneiglas) aufgelöst. Darauf werden der Lösung 3—5 Tropfen der Suprareninlösung beigefügt. Autor bereitet immer 100 ccm auf einmal und verbraucht diese aus dem Arzneiglas heraus nach Bedarf. In der Dosierung der Injektionsmengen braucht man nicht allzu ängstlich zu sein. Autor spritzt von der 1%igen Lösung bei einer Fingeramputation ca. 4 ccm, gelegentlich mehr ein, bei Operation mehrerer Finger also eventuell 15 ccm und mehr.

Seit etwa  $\frac{1}{2}$  Jahre verwendet Autor zur *Zahnextraktion* Ampullen mit 1,3 ccm Inhalt einer sterilisierten 2%igen Alypinlösung (von G. Pohl in Schönbaum) wegen der Bequemlichkeit und Sicherheit der Handhabung. Seine Erfolge sind fast durchweg sehr gut. Er erwärmt die Lösung in der Ampulle meist auf Körpertemperatur, auch ohne Erwärmung sind die Resultate gut, einen durchgreifenden Unterschied bemerkte er nicht. Zur Extraktion eines Molaren oder Prämolaren kommt eine Ampulle, in Fällen, wo das Zahnfleisch besonders locker, die Verteilung der Flüssigkeit also diffuser ist,  $1\frac{1}{2}$  Ampullen zur Anwendung. Bei Serienextraktionen kommt man mit relativ kleinen Mengen aus, so hat er gelegentlich 4—5 Zähne in einer Sitzung mit zwei Ampullen extrahiert unter sehr guter Wirkung. Was noch die Technik der Injektionen zur Zahnextraktion betrifft, so wird sie in vorgeschriebener Weise ausgeführt: Die Nadel wird möglichst senkrecht entlang der Knochenwand der Alveole zwischen Zahnfleisch und Zahn in die Tiefe vorgeschoben und die Lösung langsam ausgepresst. Die Injektion erfolgt zu beiden Seiten der Alveole. Das beste Zeichen der richtigen Injektion ist der starke Druck, den man kontinuierlich anwenden muss. Autor hat Alypin bei immerhin nahezu

100 Zahnextraktionen — darunter einigen „Eiterzähnen“, bei denen allerdings einmal die Injektion von einer sehr empfindlichen Pat. als sehr schmerzhaft bezeichnet wurde, die Extraktion selbst aber total schmerzlos war — und in der übrigen Chirurgie als einziges Infiltrationsanästhetikum in einer sehr grossen Anzahl der verschiedensten Fälle mit fast durchweg gutem Erfolg und ohne irgendwelche nennenswerten — Nachschmerz — üblen Neben- oder Nachwirkungen angewandt. Autor hält es nach seinen Erfahrungen für sehr leistungsfähig und absolut ungefährlich. 2%ige Lösung in der Zahnheilkunde — Ampullen —, 1%ige in der übrigen Chirurgie mit dem kleinen Zusatz Suprarenin — mit Ausnahme der Schleimhautpinselungen, wo 5%ige Lösung zur Anwendung kommt — gibt wirklich erfreuliche Resultate. Nicht anwenden würde Autor Alypin — wie übrigens jedes Infiltrationsanästhetikum — zu Inzisionen bei geschlossenen Eiterungen. Die Schmerzen bei der Injektion sind zu gross, wie er aus eigener Erfahrung weiss, um dem Pat. die Wohltat der momentanen Schmerzlosigkeit bei der Inzision im Gegensatz zur Chloräthylanästhesie, die auch die Inzision ziemlich schmerzlos macht, ungetrübt angedeihen lassen zu können. Chloräthylanästhesie, event. Aetherrausch sind hier besser am Platze.

(Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 42.)

- **Die Sterilisation von Novokain-Suprareninlösung.** Von Prof. Dr. H. Braun (Königl. Krankenstift Zwickau). Novokain-Suprareninlösung ist augenblicklich das beste Mittel für die Lokalanästhesie, welches wir besitzen. Denn von keinem andern Mittel können gleiche Mengen mit dem gleichen örtlichen Anästhesievermögen dem menschlichen Körper ohne Schaden einverleibt werden. Ein Nachteil war bisher stets die chemische Labilität des gelösten Suprarenins. Man kann nur dann auf die erforderliche gleichmässige physiologische Wirksamkeit der sehr geringen, dem Novokain zugefügten Suprareninmengen rechnen, wenn die Lösung unmittelbar vor dem Gebrauch frisch hergestellt wird. Gelöstes Suprarenin ist niemals längere Zeit haltbar. Aus diesem Grunde haben seinerzeit auf Brauns Veranlassung die Höchster Farbwerke Novokaintabletten mit dem nötigen Suprareninzusatz in den Handel gebracht. Sie sind fast unbeschränkt haltbar. Wenn man nun die aus den Tabletten mittels physiologischer Kochsalzlösung angefertigte Lösung durch Kochen oder im Dampf ohne besondere Vorsichtsmassregeln steri-

lisiert, so beobachtet man, dass sie sich verschieden verhält. Manchmal wird nichts an der Lösung verändert, sie bleibt wasserklar und behält ihre volle Wirksamkeit. Meist nimmt sie die bekannte rote oder braune Farbe an, wobei die Wirksamkeit des Suprarenins und damit die anästhesierende Potenz der Lösung deutlich abgeschwächt ist. Braun hat daher und weil die fast alljährlich an Stichproben vorgenommene bakteriologische Untersuchung der Höchster Tabletten stets deren Sterilität ergeben hatte, auf eine Sterilisation der Lösung verzichtet und seit Jahren die Tabletten lediglich in steriler Kochsalzlösung aufgelöst. Ein Schaden hiervon ist nicht bekannt geworden. Von einer Sterilisation der Tabletten selbst hat Autor längst abgesehen, weil sie bei Sterilisation im Dampf zerfliessen und die zu einer sicheren trockenen Sterilisation erforderliche Temperatur nicht vertragen. Nun hat aber Hoffmann kürzlich gefunden, dass in mehr als der Hälfte der von der Firma Pohl in Schönbaum gelieferten angeblich sterilen Novokain-Suprarenin- und Tropakokain-Suprarenintabletten Bakterien enthalten waren. Autor hat daher die Tabletten noch einmal bakteriologisch prüfen lassen. Es wurden nie Bakterien gefunden, weder in den Höchster, noch in den Pohlschen. Aber die Möglichkeit, dass gelegentlich einmal Bakterien hineingeraten können, ist vorhanden, weshalb Braun sich nochmals mit der Sterilisationsfrage beschäftigte. Das, was das gelöste Suprarenin schädigt, sind Spuren von Alkali, die teils aus dem alkalihaltigen Glase, teils sonst woher stammen. Diesem Schaden hilft man nun ab, wenn man der physiol. Kochsalzlösung, die zum Auflösen der Tabletten dient, auf ein Liter zwei Tropfen offizinelle verdünnte Salzsäure zusetzt. Lösungen von Novokain-Suprarenintabletten in dieser leicht angesäuerten Kochsalzlösung können nun beliebig ausgekocht oder im Dampf sterilisiert werden, ohne je etwas von ihrer Wirksamkeit einzubüssen. Aeusserlich wird die grössere Konstanz der Lösung dadurch kenntlich, dass sie nicht oder erst nach längerem Stehen rot wird. Die der Kochsalzlösung zugesetzte Spur von Salzsäure lässt in dieser Verdünnung physiologische Wirkungen nicht erkennen, insbesondere keine Gewebsschädigung, wenn man sie injiziert. Wohl aber genügt die Salzsäure zur Neutralisation von Alkalispuren, welche etwa in der Kochsalzlösung oder in den verwendeten Gefässen enthalten sind und welche in den in Sodalösung ausgekochten Spritzen und Hohnadeln unvermeidlich auch dann zurückbleiben,

wenn letztere in Wasser oder Kochsalzlösung ausgewaschen werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 52.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. Eine neue Steri-**

**lisierungsmethode der Haut bei chirurgischen Operationen.** Von Dr. A. Grossich (Städt. Spital in Fiume). Die Erfahrungen beweisen einstimmig, dass die Möglichkeit einer sicheren Desinfizierung der Haut endlich als positiv gelungen zu betrachten ist. Sie wird erzielt, wenn man, anstatt die Haut durch Wasser, Seife und Bürste zu reinigen und dann erst zu desinfizieren, jede Art von Waschung unterlässt und dieselbe bloss mit Jodtinktur bestreicht, nachdem man sie trocken rasiert hat. Autor ist sich vollkommen bewusst, dass dieser Vorschlag äusserst paradox klingt; wenn man aber ein wenig nachdenkt, so rückt die Sache dem Verständnis näher: die Seifenlösung penetriert in alle Kapillarspalten der Epidermis und der tieferen Schichten und füllt sie in der Weise, dass sie für das Desinfizien wie geschlossen sind; dazu hüllt die Seife, mit Schmutzpartikelchen gemengt, manche Keime ein, und diese werden vom Desinfizien gar nicht mehr berührt. Ist dagegen die Haut trocken, also gar nicht gewaschen, so penetriert die alkoholische Jodtinktur vermöge ihrer fettlösenden Eigenschaften bis in die kleinsten Spalten und sie kann alle Keime vernichten. Seit länger als zwei Jahren wird auf des Autors Abteilung, die im vorigen Jahre 2284 Kranke zählte, nicht mehr die Haut um die Wunde der Verletzten, nicht mehr die des Operationsfeldes mit Seife und Wasser behandelt — es wird einfach und allein die Haut mit Jodtinktur bestrichen, — und Autor hat günstigere Resultate zu verzeichnen als früher bei der klassischen Methode, als er die Haut mit Wasser, Seife, Bürste, Aether, Alkohol sehr genau, sehr lange reinigte. Und alles wurde auch früher zu Hilfe genommen: die Gesichtsmaske, die Gummi- und Zwirnhandschuhe — die besten Autoklaven für Tupfer, Gazen, Verbandstoffe, — aber stets blieben die Erfolge inkonstant. Nach dieser Methode behandelte Autor mehr als 700 Verletzungen bei Arbeitern, und alle heilten per primam intentionem, wenn sie nicht sichtbare Zeichen einer schon früher eingetretenen Infektion (Entzündung, Rötung, Schwellung usw.) zeigten. letztere machten jedoch kaum 7% aller 700 Verletzungen aus. Während dieser Zeit wurden auf der Abteilung auch über 500 mittlere und grosse Operationen ausgeführt. Exstirpation von Atheromen, Lymphomen, Lipomen, Angio-

men, Strumen, Karzinomen, Resektionen, Arthrotomien, Amputationen, Nephrektomien, Kastrationen, Hydrocelenspaltung, Herniotomien, Laparotomien. In keinem einzigen dieser Fälle konnte man irgendein Zeichen von Infektion von seiten der Haut konstatieren. Ja, es stellte sich die merkwürdige Tatsache ein, dass auch in den Fällen, bei welchen eine Eiterung in der Tiefe eintrat, die Hautwunde entweder schon ganz verheilt oder in Heilung begriffen war.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 43.)

- **Zur Desinfektion der Haut mit Jodtinktur.** Von Dr. E. Unger (Berlin). Autor hat das Verfahren an 25 Laparotomien und etwa 50 Operationen der kleinen Chirurgie versucht und kann die Vorzüge der Methode nur bestätigen. Besonders wertvoll erweist sich das Verfahren:

1. In dringenden Fällen (grosse Blutungen bei Tubar gravidität, bei eingeklemmten Brüchen); der Kranke ist in zwei Minuten fertig vorbereitet. Laparotomierte, die Autor nur mit dieser Methode vorbereitet hat, sind glatt geheilt; die Narben sind fest und sehen dabei glatter und zarter aus als nach der üblichen Waschmethode.

2. Bei grösseren Eiterungen nicht nur der Bauchhöhle, sondern auch der Extremitäten sind längere Waschungen, mit Erschütterungen und Bewegungen einhergehend, bisweilen etwas gefährlich. Die Jodpinselung vermeidet jedoch Erschütterung der Bauchwand oder Bewegung der Extremität.

Wesentlichen Nutzen bringt das Verfahren dem praktischen Arzt: Bei allen Operationen, die man, ohne den Luxus einer Klinik zu besitzen, ausführen muss, insbesondere auf dem Lande, bei Punktionen, Infusionen usw. genügt das Bepinseln der Haut mit Jodtinktur. Man vermeide sie da, wo die Haut durch Umschläge erweicht ist, wo dünne Narben dem Knochen direkt aufsitzen. Hier sah Autor zweimal nach acht Tagen, dass sich die Epidermis etwas abhob und das Corium nässend freilag. Sonst ist die Haut nach acht Tagen absolut trocken, die Nähte steif und dunkelbraun, die obersten Epidermis-lagen stossen sich in trockenen Lamellen ab. König hält Skrotum und Dammgegend für empfindlich und vermeidet das Jod bei Hernien der Leistengegend. Grossich, Grekow und Kratochvil berichten aber gerade bei Hernien über ausgezeichnete Erfolge. Autor hat bei einer allerdings kleinen Anzahl Hernien keinen Schaden gesehen. Einen sehr guten Schutz scheint die Joddesin-

fektion da zu gewähren, wo man im Gebiet einer Hauterkrankung (z. B. Furunkulose) oder in der Nähe von Fisteln operieren muss. Guibé (Presse méd., 42, 1909) warnt vor Anwendung des Jods im Bereich der Schleimhäute. Allen Zahnärzten aber ist die vortreffliche Wirkung des Jods im Bereich der Mundschleimhaut bekannt, und Chevrier (Gaz. des hôpitaux) benutzt es zur Desinfektion der Vagina: Die Umgebung der Cervix wird mit einem Aetherbausch betupft, die Vaginalwand mit Jod einfach bepinselt, jede Waschung wird unterlassen, und seine Resultate waren sehr gute. Ob die Behandlung frischer Wunden mit Hautdefekt durch das Verfahren wesentlich gefördert wird, soll dahingestellt bleiben. Hat doch König 1907 bereits gezeigt, dass man jede Waschung, jede Desinfektion unterlassen kann, und von 251 Fällen sind nur einige nicht glatt geheilt. Nun soll bei Jodanstrich möglichst trocken operiert werden, weil das Jod sich sonst abspült; man sieht, wenn Zysten- oder Ascites-Flüssigkeit über die Haut fließt, so entfärbt sich diese. Schaden hat Autor davon noch nicht gesehen, doch verdient dieser Punkt weiterhin beachtet zu werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1910 Nr. 2.)

- **Zur Desinfektion infizierter Wäsche.** Von Dr. C. Mueller (Breslau). Es sollte stets am Bette selbst schon die Wäsche in die Desinfektionsflüssigkeit gebracht werden. Autor hat einen Apparat konstruiert (Zentrale für Hospitalbedarf, Berlin NW., Karlstr. 36), bestehend aus einem Fahrgestell und einem Bottich, in den am besten 1—2%ige Rohlysoform kommt. Der recht zweckmässig eingerichtete Apparat eignet sich für Krankenhäuser und Sanatorien, sollte aber auch von Gemeinden und Behörden angeschafft werden, um an Private ausgeliehen zu werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 3.)

- **Vergleichende Untersuchungen über Raumdesinfektion mit Formaldehyd-Kaliumpermanganatverfahren.** Von Dr. B. Hannes (Bakteriolog. Abteilung des Operationskurses für Militärärzte in München). Zusammenfassung der Resultate:

1. Die Entwicklung von Formaldehyd aus der Handelsware Paraformpulver durch Kaliumpermanganat und Wasser im Verhältnis von 1:2:3 hat in abgedichteten Räumen die gleiche Wirkung wie die Verdampfung durch Apparate.



2. Das Verfahren ist in desinfektorischer Wirkung und chemischer Ausnutzung der Reagenzien den bisherigen Verfahren mit Formaldehyd und Kaliumpermanganat überlegen.

3. Es ist von den Verfahren mit festen und daher leicht transportablen Reagenzien das billigste, das Paraformpulver untersteht keinem gesetzlichen Schutz, ebenso wenig das ganze Verfahren.

4. Seine Handhabung ist am einfachsten, ist ohne Belästigung für die ausführende Person, verlangt keine grossen Gefässe, die Zusammensetzung der Reagenzien 1 : 2 : 3 ist leicht zu merken.

5. In Notfällen bei höherer Temperatur kann die Anwendung ohne Abdichtung der Räume erfolgen.

6. Das Verfahren kommt wegen seines gegenüber den Apparatverfahren immer noch hohen Preises dort in Betracht, wo Apparate überhaupt nicht bzw. nicht in genügender Anzahl vorhanden, oder wegen Feuergefährlichkeit zur Verwendung ausgeschlossen sind.

7. Bei der Haltbarkeit und leichten Transportfähigkeit, sowie dem verhältnismässig geringen Volumen des Paraformpulvers eignet sich das Verfahren besonders zur Verwendung im Felde.

8. Zum Gebrauch für die Praxis ist es nötig, dass die chemische Reinheit des Präparates geprüft wird.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 49.)

— Zur **Desinfektion der eigenen Hände und des Operationsfeldes** haben sich R. v. Hippel (Giessen) folgende Verfahren am besten bewährt. Bei der *Händedesinfektion* alleinige Anwendung des Seifenspiritus, mit dem, ohne vorherige Wasseranwendung, die Hände mittels steriler Bürste oder Mullkompresse 5—8 Minuten lang bearbeitet werden. Die so vorbereitete Hand genügt allen Ansprüchen, sofern sie von grober Infektion geschützt wird. Deshalb ist der keimfreie Gummihandschuh bei allen „schmutzigen“ Eingriffen (eiternden Wunden, Vaginal- und Rektaluntersuchungen usw.) zu verwenden und nach jeder zufälligen Verunreinigung der Hand diese sofort verschärft zu desinfizieren. Der Gummihandschuh ist auch da am Platze, wo Schrunden oder sonstige Verletzungen an der Hand, die immer massenhaft Keime enthalten, eine gründliche Desinfektion verhindern oder zu ihrer Ausführung die erforderliche Zeit fehlt (schwere Blutungen!). Bei der *Des-*

*infektion der Haut des Pat.* gelten folgende Vorschriften:

1. Trockenes Rasieren der Haare in der Wundumgebung; bei grösseren Eingriffen, die eine Vorbereitung gestatten, Bad mit gründlicher Abseifung und Rasieren der Haare am Tage vor der Operation. 2. Breites Anstreichen der Wundumgebung oder des Operationfeldes mit Jodtinktur, die auf einen mit steriler Pinzette gehaltenen sterilen Tupfer aufgegossen wird. 3. Wiederholung des Anstriches nach Abdeckung der Wundumgebung mit trockenen sterilen Tüchern bez. nach eingetretener Narkose. 4. Nach Vollendung der Operation oder nach Versorgung und Naht der Wunde nochmaliges Bestreichen der Nahtlinie mit Jodtinktur, Anlegung eines trockenen sterilen Verbandes. Bei Entfernung der Nähte wird die Nahtlinie wieder mit der Jodtinktur betupft.

(Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 19 u. 20.)

### **Arthritis urica. Fibrolysin-Injektionen bei A.** Von San.-

Rat. Dr. Martin (Schwabenheim): „Einen prägnanten Heilerfolg hatte Autor mit intramuskulären Injektionen von Fibrolysin-Merck in einem Falle von chronischer Gelenkgicht. Die korpulente, 48 Jahre alte, unverheiratete und vordem gesunde Pat. erkrankte im Januar 1907 an A. des linken Kniegelenkes; von da ging der Prozess sukzessive auf die verschiedenen Gelenke, so auch die Wirbel- und Kiefergelenke über. Anfangs war Autor im Zweifel, ob es sich nicht um akuten Gelenkrheumatismus handle, doch das völlige Versagen der Salizylpräparate und das Auftreten von Ablagerungen harnsaurer Salze sowohl in den Gelenken wie im periartikulären und subkutanen Zellgewebe liessen keinen Zweifel darüber, dass es sich um A. u. handelte. Auf sein Anraten unterzog sich die Pat. einer mehrwöchentlichen Kur in Wiesbaden, wo sie neben entsprechender Diät Heissluft- und Kochbrunnenbäder bekam, jedoch ohne neunenswerten Erfolg. Als sie im November in seine Behandlung zurückkam, fand Autor die Kranke in einem desolaten Zustande; sie konnte nicht gehen und stehen; auch das Liegen war ihr eine Qual; das Kauen war so erschwert, dass sie nur flüssige Speisen zu sich nehmen konnte. Ein ausgiebiger Versuch mit Radiogen innerlich und in Bädern fiel vollständig negativ aus. Da griff Autor zu Fibrolysin-Injektionen, die er jeden zweiten Tag vornahm. Der Erfolg war eklatant. Schon nach vier Injektionen à 1,2 g war das Knirschen in den Kiefergelenken verschwunden und nach im ganzen 30 Injektionen waren die Tophi fort und

die Gelenke abgeschwollen und beweglich, so dass die Kranke ihren Beruf wieder aufnehmen konnte. Auf Anraten unterzog sie sich im verflossenen Sommer einer Nachkur in Wiesbaden. Der dortige Anstaltsarzt stand dem Fibrolysinerfolge anfangs skeptisch gegenüber, machte aber dann gleichfalls Versuche mit dem Mittel, ob erfolgreich, weiss Autor nicht. Mit vierwöchentlichen Intervallen nimmt Autor noch jetzt Injektionen vor, damit die Bewegungsfähigkeit der Gelenke noch besser wird, auch um etwaigen Rezidiven vorzubeugen. Jedenfalls ist der erzielte Heilerfolg aufmunternd genug, weitere Versuche mit Fibrolysin anzustellen.“ (Medizin. Klinik 1909 Nr. 48.)

- Dr. Heidenhain (Insterburg) schreibt: „Die **Behandlung von Podagra mittels Radiogenwasser** hat bei mir selber ein mehr wie negatives Resultat ergeben. Wenn die Behauptung wahr wäre, dass der Genuss von Radiogenwasser eine erhöhte Oxydation im Organismus bewirkte, so müsste die Harnsäure, welche doch fraglos durch harnsaure Kristalle den akuten Anfall hervorruft, in Harnstoff überführt aus dem Körper ausgeschieden werden. Ich habe nun selbst, und zwar zu einer Zeit, wo ein Podagraanfall bei mir durchaus nicht zu erwarten war, eine Kur mit Radiogenwasser, welches die Gesellschaft in Charlottenburg mir gefälligst täglich zusandte, nach allen Regeln der Kunst resp. Vorschrift durchgemacht, d. h. je fünf Tage 5000, 10000, 15000, 20000 und 25000 Einheiten geschluckt, um dann 15 Tage 30000 Einheiten zu nehmen. Ich habe während der Zeit fast noch sachgemässer gelebt, wie sonst. Zwei Tage, nachdem ich die Kur beendet hatte, bekam ich einen schweren Anfall der Gaumen-, Schlund- und Kehlkopfmuskulatur. Beweis: Nachdem ich nachts 8—9 g Salizyl genommen, waren alle Schmerzen vorüber. Ich halte es für ganz ausgeschlossen, dass die schmerzhafteste und mir — als leider sehr erfahrenem Arthritiker — schon bekannte Affektion herkommen konnte aus dem Insulte der häufigen Berührung der erkrankten Partien mit Radiogenwasser; ich bin überzeugt, dass das übersandte Wasser nichts von Radiumwirkung besass, vielleicht infolge des weiten Transportes.“ (Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 3.)

### **Asthma. Zur Behandlung der Asthma bronchiale empfiehlt**

Priv.-Dozent Dr. N. v. Jagić (Wien, I. med. Univers.-Klinik) das *Adrenalin*. Eine subkutane Injektion von 0,5 ccm der Lösung 1:1000 beseitigte in mehreren Fällen

prompt innerhalb von zehn Minuten den Anfall. Die Injektionen hatten keine üblen Nebenwirkungen. Adrenalin dürfte daher zum Kupieren asthmatischer Anfälle heranzuziehen sein.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 13.)

- **Ueber Azetonurie bei A. br.** Von Dr. H. Schmidt (Univers.-Kinderklinik in München). Autor kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Das im Kindesalter nicht allzu seltene („essentielle“) A. br., eine Manifestation der lymphatischen oder neuroarthritischen Diathese, geht nicht selten mit Azetonanämie einher und hat vielleicht Beziehungen zum azetonämischen Erbrechen oder ähnlichen Stoffwechselkrisen. Als differentialdiagnostisches Merkmal ist die Azetonämie beim A. nur mit Vorsicht zu verwerten, da tuberkulöse Bronchial-Drüsenerkrankungen mit oder ohne Perforation der Bronchialwände zu einem dem A. ähnlichen Symptomenkomplex und (durch tuberkulöse Allgemeininfektion?) gleichfalls zu Azetonämie führen können.

(Wiener med. Wochenschrift 1909 Nr. 43.)

**Blutungen.** Beitrag zur Anwendung der Aortenkompression nach Momburg bei einer Blutung in der Nachgeburtsperiode. Von Dr. B. Kröning (Hebammenschule in Strassburg). Der Aufsatz lautet: „Momburg hat uns durch seine im Juni 1908 veröffentlichte Methode der Aortenkompression mittels eines Gummischlauches ein einfaches und sehr wertvolles Hilfsmittel zur Verhütung und Bekämpfung von B. in der unteren Körperhälfte an die Hand gegeben. ‚Ein gut fingerdicker Gummischlauch wird‘, so sagt Momburg, ‚dem liegenden Pat. unter voller Ausnutzung der Elastizität langsam in mehrfachen Touren (etwa zwei bis vier genügen) zwischen Beckenschaufel und unterem Rippenrand umgelegt, bis die Pulsation der A. femoralis nicht mehr fühlbar ist.‘ Die Taille bekommt dadurch charakteristische Aehnlichkeit mit einer ‚Wespentaille‘. Die Schlauchenden lassen sich in einfacher Weise mit einer starken Klemme zusammenhalten. Die Methode ist seither von mehreren Seiten nachgeprüft worden, und es liegen einige Veröffentlichungen vor, in denen die Methode in chirurgischen und gynäkologischen Fällen zur Anwendung kam. Auch wir hatten im Mai dieses Jahres Gelegenheit, uns von der Brauchbarkeit der Aortenkompression nach Momburg bei einem Fall von B. in der Nachgeburtsperiode zu überzeugen. Da bisher nur wenige derartiger Fälle veröffentlicht worden sind, so erscheint

es von Wichtigkeit, dass alle, bei denen diese Methode angewandt wurde, bekannt gegeben werden, um recht bald zu einem richtigen Urteil über die Brauchbarkeit derselben zu gelangen. Ich lasse die Geschichte unseres Falles deshalb hier kurz folgen: Frau M., geb. B., VII-para. (Geburtsjournal 1909, Nr. 184.) Schwangerschaften und Geburten verliefen bisher normal. Vier Kinder leben, die andern sind tot. Letzte Regel am 19. August 1908. Bauchdecken und Uteruswand sind sehr dünn, so dass die kindlichen Teile leicht durchzufühlen sind. Die Wehen sind von kurzer Dauer, schwach und hören schliesslich ganz auf. Um die Geburt zu fördern, wird nachmittags, da der Muttermund fast verstrichen ist, die Blase gesprengt. Bald darauf werden die kindlichen Herztöne langsam und unregelmässig, so dass das Kind schnell mit der Zange extrahiert wird. Gleich nach der Entwicklung des Kindes kontrahiert sich der Uterus gut und bleibt eine Stunde lang in diesem Zustande. Da setzt plötzlich eine starke B. ein, infolge deren die Frau innerhalb zehn Minuten ungefähr 1300 g verliert. Der Uterus ist schlaff und kontrahiert sich auf kräftiges Reiben nur äusserst wenig. Die Expression der Plazenta gelingt auch nach Entleerung der Blase nicht. Es entleeren sich aus dem schlaffen Uterus nur grosse Blutklumpen. Grosse Blässe der Kreissenden, Ohnmachtsanfälle. Puls klein. Um Zeit zur gründlichen Desinfektion der Hände zu gewinnen, wird ein ziemlich langer Gummischlauch, wie er als Irrigatorschlauch gewöhnlich benutzt wird, unter starkem Anziehen und unter Kontrolle des Femoralispulses ohne Narkose mehrmals um die Taille der Frau gelegt, bis der Femoralispuls verschwindet. Wesentliche Beschwerden empfindet die Frau dabei nicht; zu Beginn nur geringe Atemnot. Sofort steht die B. Nach etwa einer Minute ergiesst sich wieder Blut aus den Genitalien. Ein Griff nach dem Uterus gibt die Erklärung: der bis dahin schlaffe Uterus hat sich kräftig kontrahiert und das in ihm enthaltene Blut ausgestossen. Durch Druck auf den Uterus lässt sich jetzt auch die Plazenta leicht exprimieren. Die Frau erholt sich schnell. Der Schlauch lag im ganzen fünf Minuten. Er wurde nun ganz langsam gelöst. Der Uterus wurde wieder etwas weicher; es trat aber nicht die geringste B. mehr auf. Lähmungserscheinungen oder Schmerzen in den Extremitäten waren nicht vorhanden; auch Veränderungen des Pulses waren nicht wahrnehmbar. Der Wochenbettsverlauf war normal. Am siebenten Tage abends eine Tempera-

tursteigerung auf 38,7° infolge eines Diätfehlers. — Die Hoffnung Hoehnes, dass vielleicht manche manuelle Plazentalösung unterbleiben könne, weil der Uterus auf die arterielle Anämie erfahrungsgemäss mit intensiver Wehentätigkeit reagiert, hat sich in unserem Falle erfüllt. Die Kompression ist also nicht nur nach, sondern auch schon vor Lösung der Plazenta anwendbar. Momburg, Rimann, Achshausen, Sigwart, Hoehne, Neuhaus und Hofbauer haben über die teils mit, teils ohne Narkose angewandte Methode berichtet. Während nun die Urteile der genannten Beobachter durchaus günstig waren und keinerlei Nachteile auf Herz und andere Organe beobachtet wurden — abgesehen von einer geringen Dicrotie des Pulses bei Rimann — haben Rimann und Wolf neuerdings, durch zwei unangenehme Zufälle veranlasst, genaue Versuche über den Einfluss der Aortenkompression auf die Herztätigkeit angestellt, indem sie bei Menschen und Tieren die Blutdruckveränderung beobachteten. Sie sind dabei zu folgendem Resultat gekommen: bei Anlegung des Schlauches tritt eine deutliche Blutdrucksteigerung, bei Abnahme des Schlauches eine noch stärkere Blutdrucksenkung auf. Untersuchungen darüber, auf Rechnung welcher komprimierten Gefässe die Blutdrucksteigerung zu setzen ist, führten die genannten Autoren zu dem Ergebnis, dass Kompression der Aorta und V. cava inferior allein keine Blutdrucksteigerung verursachte, wohl aber gleichzeitige Kompression der A. und V. mesenterica superior. Daraus ergeben sich folgende Schlüsse: Es wäre von grossem Vorteil, wenn diese plötzliche Blutdruckveränderung vermieden oder doch wenigstens auf ein geringes Mass herabgedrückt werden könnte. Um die plötzliche Blutdrucksteigerung recht gering zu machen, muss die gleichzeitige Kompression der Darmgefässe nach Möglichkeit vermieden werden. Man wird das durch möglichst tiefe Anlegung des Schlauches in Beckenhochlagerung, bei der die Därme nach oben sinken, erreichen können. Für die Vermeidung der plötzlichen Blutdrucksenkung eignet sich das Momburgsche Verfahren sehr gut. Momburg schnürt vor Abnahme des Taillenschlauches die Ober- und Unterschenkel nochmals einzeln ab. Sodann werden der Taillenschlauch und in kleinen Zwischenräumen die die Glieder abschnürenden Schläuche abgenommen. Kontraindiziert erscheint die Aortenkompression bei erheblichen Herz- und Gefässerkrankungen. Dagegen scheinen mir starke Blutverluste, wie sie zuweilen in der Nachgeburts-

periode eintreten, eher für Anwendung der Methode zu sprechen. Denn der Kollaps bei starken B. ist die Folge des mangelhaften Füllungszustandes der Gefäße und der Blutdrucksenkung und der damit eintretenden Anämie des Gehirns. Man sucht deshalb den Blutdruck durch Hochlagern und Abschnüren der Extremitäten wieder zu erhöhen. Dies wird aber durch Kompression der Aorta nach Momburg mindestens ebenso gut erreicht. Im Gegensatz zu den günstigen Erfolgen der genannten Beobachter mit Bezug auf die sichere Blutstillung hat Meyer bei Anwendung der Kompression keinen deutlichen Effekt zu verzeichnen. Rieländer hat sogar neben dem vollständigen Versagen der Methode als Blutstillungsmittel Schädigungen gesehen. Da diese Angaben geeignet erscheinen, das in die Methode gesetzte Vertrauen zu erschüttern, so möchte ich mit einigen Worten darauf eingehen. Rieländer erwähnt im ganzen neun Fälle. Von drei derselben gibt er die Krankengeschichte. Man kann sich angesichts des vollständigen Versagens der Methode doch des Gedankens nicht erwehren, dass der Schlauch, trotz des Verschwindens des Femoralispulses, nicht richtig angelegt war. Ein Versagen der Methode scheint schon bei Betrachtung der anatomischen Verhältnisse ausgeschlossen. Wenn der Femoralispuls ganz verschwunden ist, dann muss die Aorta komprimiert sein. Und da die Aa. spermaticae int. und die Kommunikation zwischen Art. mammaria int. und Art. epigastrica inferior für die Blutversorgung der unteren Körperhälfte nur wenig in Betracht kommen, ausserdem aber bei dem starken Druck, wie Hoehne durch Tierexperimente feststellte, auch komprimiert werden, so ist ein arterielles Weiterbluten völlig ausgeschlossen. Eine venöse B. dürfte aber kaum in Betracht kommen. Eine Erklärung für das Versagen der Methode ist natürlich schwer zu geben. Ich möchte nur auf eine kleine Beobachtung bei der Anlegung unseres Schlauches hinweisen. Wir hatten den Schlauch dreimal um die Taille geschlungen, und da der Femoralispuls nicht mehr fühlbar war, wurden die Schlauchenden mit einer Klemme zusammengeklemt. Eine nochmalige Kontrolle des Pulses zeigte aber, dass er, wenn auch sehr schwach, wieder fühlbar war. Der Schlauch wurde noch in einer vierten Tour umgelegt; der Femoralispuls verschwand darauf endgültig, und die B. stand. Beachtenswert sind dagegen die von Rieländer beobachteten Schädigungen. Man wird deshalb in Zukunft stets den Zustand

des Pulses im Auge behalten müssen. Wir möchten empfehlen, in geeigneten Fällen die Kompression der Aorta nach Momburg unter den notwendigen Vorsichtsmassregeln anzuwenden, und glauben, dass für viele Aerzte die B. in der Nachgeburtsperiode ihre Schrecken verlieren werden, wenn sie sich einmal von der Brauchbarkeit der Methode überzeugt haben. Ihre Anwendung erscheint gerade bei Postpartumblutungen um so unbedenklicher, als es sich um kurzdauernde Kompression bei Pat. mit stark herabgesetztem Blutdruck handelt, bei denen eine eintretende Erhöhung desselben nichts Nachteiliges haben kann. Steht der praktische Arzt vor einer Postpartumblutung und hat die Wahl zwischen Kompression der Aorta und Eingehen in den Uterus mit der nicht genügend desinfizierten Hand, so stellt die erstere jedenfalls das ungefährlichere Verfahren dar. Sollte aber wider Erwarten die Kompression als Mittel zur endgültigen Blutstillung im Stiche lassen, so gewinnt der Arzt dadurch Zeit zur gewissenhaften Desinfektion der Hände und Ausführung einer sorgfältigen Uterustamponade. Durch die Aortenkompression nach Momburg ist unsere Therapie der Postpartumblutungen um ein einfaches und wertvolles Mittel bereichert worden. Seine Anwendung kann in geeigneten Fällen unter Berücksichtigung der notwendigen Vorsichtsmassregeln dem praktischen Arzte empfohlen werden.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 46.)

— **Kasuistischer Beitrag zur Suprareninwirkung.** Von Dr. H. Dengg (Lungenheilanstalt „Schwarzwaldheim“ Schömburg). Es handelte sich um einen 27jährigen Pat. mit weit fortgeschrittener Phthise, der eine sehr heftige Hämoptoe bekam. Er wurde bewusstlos, völlig pulslos, zeigte kalte Extremitäten, weitgeöffnete, starre Augen, nach oben gerichtete Pupillen; das Herz schlug ganz leise und unregelmässig, Atmung schwer, mit starkem Trachealrasseln — kurz, das Bild eines Sterbenden. Sofortige Kochsalzinfusion völlig wirkungslos. Jetzt intramuskuläre Injektion von 1 ccm Suprarenin. hydrochloric. (1 : 1000). Geradezu wunderbarer Erfolg! Schon nach wenigen Minuten Puls fühlbar, rasch dann an Stärke zunehmend, Blick belebt. Atmung freier, Pat. konnte sich etwas bewegen und sprechen. Im Laufe des ganzen Tages blieb der Puls voll und kräftig (140—120—100). Am Abend, als es wieder nachliess, genügten 0,5 ccm Suprarenin, um ihn sofort zu bessern. Leider erlag Pat. zwei Tage darauf einer rapid



verlaufenden Miliartuberkulose. Aber wenn Suprarenin bei diesem Pat. so viel leistete, wo durch viele Monate währendes Fieber und die Kachexie der Herzmuskel sicher fettig degeneriert war, wie wird es da vielleicht als Herztotikum wirken in Fällen, bei denen solche Momente nicht vorliegen!

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 52.)

## **Frakturen und Luxationen. Verband des Radius-**

**bruches in typischer Korrekturstellung mit einer Stärkebinde.** Von Dr. Hilmar Teske (Plauen). „Theoretisch lässt sich die gewünschte Flexion-Ulnarabduktionsstellung der Hand durch einen entsprechenden Druck auf das Köpfchen des Metacarpus II erreichen. Schon ein dort an der Dorsalseite befestigter Heftpflasterstreifen, der schräg über die volarulnarwärts flektierte Hohlhand nach der Ulnarseite des Unterarms zieht, erhält die gewünschte Korrekturstellung in gewissem Grade. Zieht man noch das dorsale untere Ende des Metacarpus II und das obere des Metacarpus V (Schlinge um Fingergrundglied) mit Heftpflasterstreifen gegen die Ulnarseite des Unterarms und legt noch einen Ringstreifen um das Handgelenk, der die obigen drei Streifen an letzteres fest herandrückt, so ist die Korrekturstellung genügend fest, solange die Klebkraft des Heftpflasters vorhält. Das ist aber nur so lange, um für einige Stunden oder einen Tag damit einen Notverband anlegen zu können. Einen durchaus brauchbaren Verband erhält man jedoch, wenn man auf die genannten drei Punkte am Metacarpus II und V bei Verwendung einer Stärkebinde einen geeigneten Zug ausübt. Nach Reposition des Bruches hält ein Assistent mit seiner der gebrochenen gleichnamigen Hand den Daumen, mit der anderen die Finger derselben und drängt sie in die äusserste Flexion-Ulnarabduktionsstellung (nach Lexer). Ich lasse dabei noch die Finger im Grundgelenk rechtwinklig beugen. Es wird dann die Hand von den Mittelgelenken der Finger bis über die Mitte des Unterarms mit einer Mullbinde leicht gepolstert. Nun wickelt man eine 10 cm breite Stärkebinde vom oberen Ende der Polsterung, an der Ulnardorsalseite beginnend, den Unterarm bis zum Handgelenk herunter. Von hier geht man unterhalb des Processus styloideus ulnae schräg über den Handrücken zum Köpfchen des Metatarsus II, und zwar so, dass die Hälfte der Bindenbreite den oberen Teil des Metacarpus, die andere Hälfte das rechtwinklig gebeugte Zeigefingergrundglied fasst. So straff als möglich volar-ulnarwärts flektierend, geht die Binde zur Ulnarseite des Unterarms an

das obere Ende der Polsterung. Dabei soll sie nicht umgeschlagen, sondern parallel der Ulnarseite des Unterarms angelegt sein. Indem man nun wieder bis zum Handgelenk herunterwickelt, zieht man den der Ulnarseite parallel liegenden Bindengang in seiner inneren Hälfte an die Unterarmbeugeseite heran, was die Volarulnarflexion noch verstärkt. Man geht nun von unterhalb des Processus styloideus ulnae über die Köpfchen des V.—II. Metacarpus, die rechtwinklig gebeugten Fingergrundglieder mitfassend, und wie beim ersten Bindengang zur Mitte des Unterarms. Diese Bindengänge werden nach Belieben wiederholt, auch einige um die Basis des II. Metacarpus gelegt und der freigebliebene Daumenballen zugewickelt. Mit einer Stärkebinde erzielt man so einen Verband, der keine Bewegung im Handgelenk zulässt. Ist bei einer Fraktur die Dislokation sehr hartnäckig, so kann ein Pappstreifen, entsprechend dem Unterarmstück des Verbandes, dorsal oder volar eingelegt werden. Der Stärkeverband wird zum Abnehmen abgeweicht und kann also bequem täglich gewechselt werden, um Massage und Bewegungen vorzunehmen. Zu erwähnen ist, dass eine fest angezogene Cambricbinde, in oben beschriebener Weise angelegt, bei zuverlässigen Pat. auch genügt, nur dürfen die kreisförmigen Bindengänge sich nicht decken, sondern müssen nebeneinander liegen, weil sie sich dann weniger verschieben; eine vorherige Polsterung mit Mullbinde ist dabei unnötig. Bei der beschriebenen Art des Radiusbruchverband ist natürlich die Pro- und Supination des Unterarms in gewissem Grade frei; das ist jedoch auch bei den üblichen Schienenverbänden nach Schede, Roser usw. der Fall.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 41.)

- **Subkutane Verletzung der Vena subclavia bei Einrichtung einer Klavikularfraktur.** Von Dr. H. Frank (Städt. Wenzel-Hancke-Krankenhaus in Breslau). „Pat., eine 59 Jahre alte Arbeiterswitwe, war acht Tage vor der Aufnahme, am I. IX. 08, vom Stuhle auf den linken Arm gefallen. Seitdem vermochte sie den linken Arm nicht mehr zu erheben und klagte über leichte Reizerscheinungen im linken Plexus brachialis, ziehende Schmerzen im Arm und taubes Gefühl in den Fingern. Die Untersuchung ergab einen Bruch im äusseren Drittel der linken Klavikel mit starker Winkelstellung der Fragmente nach innen und oben. Denn man fühlte an der Grenze von mittlerem und äusserem Drittel der Klavikel die Spitze des

einen Fragmentes, neben derselben gelangte der palpierende Finger in eine Delle. In Narkose gelang es, eine vollständige Korrektur der Stellung der Fragmente zu erzielen. Unmittelbar darnach trat in der linken oberen Schlüsselbeingrube eine Schwellung auf, die sich zusehends nach dem Halse zu vergrösserte. Ich legte einen Kompressionsverband an. Trotz desselben hatte sich bis zum Abend die Schwellung bis zu einer etwa kleinkindskopfgrossen Geschwulst entwickelt, die sich auch in der linken Obergrätengrube ausbreitete. Die Haut war prall gespannt, blaugrünlich verfärbt. Pulsation und Schwirren waren über der Geschwulst nicht wahrzunehmen, auch war der Puls der Radialis nicht gegen rechts verändert. Infolge der Ausbreitung der Schwellung am Halse traten Atembeschwerden auf. — Die Kompression (durch ein Sandkissen) wurde an den folgenden Tagen fortgesetzt. Beim ersten Verbandwechsel nach acht Tagen war die linke obere Schlüsselbeingrube noch von einer zirka faustgrossen, fast halbkugeligen Geschwulst eingenommen. Die Umgebung am Halse und Thorax war in gelbgrünlichen Nuancen verfärbt, die Verfärbung schnitt in der Medianlinie ab. Ueber dem Brustbein beginnende Stauung der oberflächlich gelegenen Venen. Ebenso war in dem Gebiete der Vena brachialis eine Stauung vorhanden, die linke Hand war bis zum Vorderarm angeschwollen. Eine Motilitäts- und Sensibilitätsstörung am linken Arme war ausser einer geringen Herabsetzung der Empfindung gegen Berührung und Nadelstiche an den Fingern nicht konstatierbar. — Sonderbarerweise trat drei Tage später eine ausgedehnte ikterische Verfärbung der gesamten oberen Körperhälfte, einschliesslich der Skleren und Kopfhaut ein. Bei der Entlassung nach drei Wochen war die Fraktur ohne Funktionsstörung des Armes geheilt, das Hämatom in der Schlüsselbeingrube nur etwas abgeflacht. Nach der raschen Entwicklung der Geschwulst und dem Auftreten eines ausgedehnten Ikterus konnte es sich nur um eine Verletzung eines der grösseren subklavikularen Gefässe handeln. Die Arterie kam nicht in Betracht, da sich sonst ein Aneurysma hätte bilden müssen. Es war also die Vena subclavia, die durch eines der Fragmente angerissen wurde. Sekundär hat sich ein Aneurysma nicht gebildet, da keine Pulsation, noch Schwirren, noch Pulsveränderung wahrzunehmen war. Wir haben auch, um diese Frage zu entscheiden, eine Punktion vorgenommen, dieselbe ergab kein flüssiges Blut. Ich hatte Gelegenheit, die Pat. wieder

vor einigen Tagen zu untersuchen. Zurzeit ist ausser einer ganz gering vermehrten Resistenz in der linken Schlüsselbeingrube von der Geschwulst nichts mehr nachweisbar. Die Klavikulafraktur ist mit 1 cm Verkürzung gut geheilt, die Stelle der Fraktur nur an einem kleinen knöchernen Vorsprung an der vorderen Kante des Schlüsselbeins erkennbar. Zirkulationsstörungen im Arme bestehen nicht, dagegen sind noch leichte Störungen vom Plexus nachweisbar. Die mittleren Endglieder verschmächtigt, Haut glatt und faltenlos, Gefühl von Kälte und Eingeschlafensein in den Fingern. Bis auf eine mässige Behinderung der Streckung in den Mittelgelenken sind die Finger normal beweglich. Desgleichen funktionieren die grossen Gelenke des Armes normal.“

(Münchener med. Wochenschr. 1909 Nr. 50.)

- **Eine eigenartige typische Schädelfraktur.** Von Dr. Eugen Bircher (Kantonale Krankenanstalt zu Aarau). Autor schreibt: „Eine eigenartige Schädelfraktur, die wir in letzter Zeit zweimal zu beobachten Gelegenheit gehabt hatten, scheint mir der Veröffentlichung wert, da ihr Entstehungsmechanismus ein ganz typischer war und wir in der Literatur keine ähnlichen Beobachtungen finden konnten. Es handelte sich beide Male um eine komplizierte Fraktur des Stirnbeins in der Gegend des Sinus frontalis. Der Entstehungsmechanismus war folgender: Ein Holzarbeiter, der an einer Fräse arbeitete, nahm zu der Maschine so Stellung, dass die Rotation der Welle der Fräse gegen sein Gesicht gerichtet war. Um die Fräse auf die zu bearbeitenden Gegenstände wirken zu lassen, musste er die Holzstücke über die Fräse wegziehen. Normalerweise sollen die Holzstücke über die Fräse gestossen und auf diese Weise sehr leicht auf den Schneiden der Fräse festgedrückt werden, was beim Ziehen natürlich nicht in demselben Masse der Fall sein kann. In beiden Fällen wurde ein Stück einer gewöhnlichen Dachlatte von 4 cm Breite und 2 cm Dicke mit allzugeradem Druck über die Fräse gezogen. Statt dass die Fräse richtig auf die Latte einwirkte, fasste sie das Lattenstück nur schwach, und war so imstande, es mit Gewalt emporzuschleudern. Das war nun beide Male immer der Fall, wenn die Arbeiter an einem Ende das Lattenstück über die Fräse führten und das nicht fixierte Lattenstück über die Fräse ging. Hier am nicht fixierten Ende war die anpressende Kraft des Arbeiters natürlich nur eine sehr geringe, und so konnte das Stück mit

ziemlich grosser Gewalt emporgeschlagen werden. In beiden Fällen traf das nicht fixierte Lattenende den Arbeiter direkt über dem Nasenansatz an die Stirn. In beiden Fällen entstand eine komplizierte Schädelfraktur, indem die Haut eingerissen wurde. In dem letztbeobachteten Falle verlief die Hautwunde schräg vom Nasenansatz nach rechts oben 5 cm über das Stirnbein. Interessant ist nun, dass ein Stück des Stirnbeines mit 4 cm Quer-, 5 cm Höhendurchmesser in toto mit dem Sinus frontalis als Ganzes mit einem Teil des Bodens der vorderen Schädelgrube in das Schädellumen hineingetrieben wurde. Neben der wenig beschmutzten Rissquetschwunde konnten Sugillationen in beiden Orbitae und Blutungen aus der Nase konstatiert werden. Die sofort vorgenommene Trepanation zeigte nach breiter Freilegung des Os frontale, dass die oben beschriebene Partie 2 cm tief ins Stirnbein hineingetrieben worden war. Dieselbe kann nach Elevation in toto leicht entfernt werden. Sie besteht aus einem vertikalen Anteil von 4 cm Breite und 5 cm Höhe von rundlicher Form. An diesem Anteil kann sehr schön eine vordere und hintere Wand unterschieden werden, die die Stirnhöhle umschliessen. Auf beiden Seiten ist ein Stück des Arcus supraciliaris dabei. An den horizontalen Anteil fügt sich ein 4 cm langes vertikales Stück. An der Basis ist das Stirnbein aus der Sutura des Nasenbeines herausgerissen. Die Frakturlinie verläuft beiderseits von der Sutura fronto-maxillaris in der medialen Orbitalwand bis zur Sutura speno-frontalis, in der das Stück mit einer Basis von genau 2 cm abgebrochen ist. Crista galli und Lamina cribrosa ossis ethmoidalis wurden beide Male in toto mitgerissen. Durch die Impression dieses grossen Knochenstückes war ein Teil des Stirnhirns zertrümmert worden und wurde mit sterilem Wasser ausgespült. Die Hautwunde wurde bis auf eine kleine Drainöffnung mit Naht geschlossen. Nach acht Tagen waren alle motorischen und sensiblen Störungen, die vorgelegen hatten, bei beiden Pat. verschwunden. Nach zehn Tagen waren die Wunden p. pr. geheilt. Entlassung nach 20 Tagen Spitalaufenthalt ohne irgendwelche Störungen seitens der Psyche. Am 25. November stellt sich Pat. zur haftpflichtigen Begutachtung wieder ein. Direkt über der Nase kann eine mässig tiefe Delle von  $3\frac{1}{2}$  cm Durchmesser konstatiert werden, in der man bei näherem Zusehen deutliche Pulsation sehen und auch spüren kann. Das körperliche wie geistige Befinden des Verunfallten war seit Spitalaustritt stets ein ungetrübtes. Bei starkem Schneuzen wird die Partie etwas vorgetrieben, gegenüber

dem Vorschlag einer osteoplastischen Deckung des Defektes verhält man sich ablehnend. Als Kuriosum in diesen Beobachtungen, die beide Male genau gleiche Verhältnisse zeigten und in ihrem Verlaufe vollständig identisch waren, muss die Tatsache betrachtet werden, dass aus dem Stirnbein heraus in toto der medial gelegene Teil mit dem Sinus frontalis und der Lamina cribosa in das Stirnhirn hineingetrieben worden ist und durch die einwirkende Gewalt des Holzplattenstückes nicht in mehrere Stücke zertrümmert wurde. Diese Tatsache beweist, dass die einwirkende Gewalt eine ebenso grosse als kurz dauernde gewesen sein muss, so dass die Elastizität der Schädelknochen gar keine Gelegenheit hatte, in Wirkung zu treten. Die Gewalt muss wie ein in rascher Bewegung befindliches Geschoss auf eine Glasscheibe gewirkt haben, die auch nur perforiert wird, ohne zu zersplittern.“

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 2.)

### **Furunkel. Die unblutige Behandlung von Furunkeln und**

**Karbunkeln** empfiehlt Ward (London). Er bedeckt einfach die kranke Partie mit einem in *Karbolglyzerin* getauchten Wattebausch, legt Guttaperchapapier darüber und fixiert dies. Sobald sich Eiter nachweisen lässt, wird das ihn noch bedeckende Epithel sanft abgehoben und wieder das Karbolglyzerin appliziert. Hat sich eine Höhle gebildet, so wird Karbolglyzerin in diese eingespritzt und dann der gleiche Verband angelegt. In 2—3 Tagen erfolgt gewöhnlich Abstossung des Pfropfes, die Höhle schliesst sich. Vor allem soll aber bei diesem Verfahren der Schmerz sofort nachlassen, was W. der hygroskopischen Wirkung des Glyzerins zuschreibt, durch die die Spannung rasch aufgehoben wird. Diese, von Duncan angegebene Behandlungsmethode soll nie im Stich lassen; wahrscheinlich würde durch blosses Glyzerin derselbe Effekt erzielt werden.

(Brit. med. Journ. 1909, S. 1481.)

- **Zur Therapie des F. im äusseren Gehörgang.** Von Dr. F. Bruch (Seckenheim). Autor hält das *Ichthyol* für eines der besten Mittel, sowohl dann, wenn der Pat. nicht in eine Inzision einwilligt als auch in der Nachbehandlung nach der Inzision. Er sagt: „Das Ichthyol wende ich in der Mischung: ‚Ichthyol, Glyzerin  $\overline{aa}$  10,0“ an. Den mit Watte armierten Gottsteinschen resp. Manasseschen Tamponträger führt man, nachdem die Watte mit der Ichthyollösung getränkt wurde, in den Gehörgang ein und

dreht den Tamponträger nach links heraus, so dass der Ichthyoltampon im äusseren Gehörgange liegen bleibt. Darauf wird, um ein Herausfliessen des Ichthyols und um ein Austrocknen des Tampons zu verhindern, sowie aus kosmetischen Gründen, ein Wattebäuschchen in den Anfang des Gehörganges bzw. die Ohrmuschel gelegt. Eines weiteren abschliessenden Verbandes bedarf es nicht. Bedingung für diese Massnahme ist, dass der Gehörgang noch durchgängig und nicht zugeschwollen ist. Der Tampon darf nicht drücken, weil durch einen Druck die Schmerzen nur noch gesteigert werden. Bald nach der Einführung des Tampons macht sich die schmerzstillende Wirkung des Ichthyols geltend. Der Kranke gibt an, der Druck auf den Kopf und die Spannung im Gehörgange lasse nach. Der Tampon wird in besonders schmerzhaften Fällen täglich zweimal, gewöhnlich nur einmal täglich erneuert. Oft finden wir schon am nächsten Tage, dass der Tampon mit Eiter befeuchtet ist; das Ichthyol hat inzwischen die eitrige Einschmelzung des F. angebahnt und den Durchbruch des Eiters bewirkt. Der Eiter kann sich aber nicht in den Gehörgang ergiessen, sondern haftet nur an dem Teile des Tampons, welcher der Furunkelöffnung anliegt. Der übrige Teil der Gehörgangswandung ist durch den Tampon gegen den Eiter abgeschlossen und mit einer desinfizierenden Ichthyolschicht überzogen. Somit ist auch der Forderung genügt, einem weiteren Umsichgreifen der Furunkulose im äusseren Gehörgange entgegenzuarbeiten, und in der Tat sind Rezidive bei Ichthyolbehandlung so gut wie ausgeschlossen. Diese letztere Eigenschaft empfiehlt die Ichthyoltamponbehandlung auch für die Nachbehandlung des inzidierten Gehörgangsfurunkels. Ferner kommt es bei dieser Behandlungsmethode nicht zu dem lästigen Ekzem der Ohrmuschel, das beim feuchten Verband und beim Einträufeln von Karbolglyzerin fast immer auftritt. Mit der Ichthyoltamponbehandlung wird bis zur Abheilung bzw. vollständigen Austrocknung des F. fortgeföhren.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 50.)

### **Intoxikationen. Ein seltener Fall von Nikotinausschlag.**

Von Med.-R. Prof. Dr. P. Näcke (Hubertusburg). Die Epikrise des Falles lautet: „Wir haben also einen Geisteskranken vor uns, dessen Anamnese mehr als mager ist. Eine ziemlich schwere Kopfverletzung ist früher dagewesen. Ob sie mit der Psychose irgendwie in Zusammenhang

steht, ist mehr als fraglich. Ohne sichtbaren Grund brach nun ganz plötzlich ein stark manischer Zustand aus, mit grosser Verworrenheit im weiteren Zustande, so dass man wohl an Amentia denken könnte, wenn nicht schon zwei Jahre vorher angeblich eine ganz kurz dauernde manische Erregung beobachtet worden wäre. Wir haben also wohl ein manisch-depressives Irresein vor uns, dessen jetziger Anfall in Form einer schweren Manie mit amentiellem Anstriche verlief, ein Jahr dauerte und bei der Beurlaubung fast verschwunden war. Uns interessiert hier aber besonders der Umstand, dass zirka sechs Wochen nach dem akuten Beginn Pat. einen Topf Kaffee, worin 7—10,0 g gewöhnlichen Kautabaks in mehr minder mazeriertem Zustande enthalten war, ausgetrunken hatte und darnach die deutlichen Erscheinungen einer akuten Nikotinvergiftung zeigte, mit Nausea, Erbrechen. Kopfschmerzen und Erscheinungen von seiten des Gefässsystems, sogar der Pupillen. Gleich darnach erschien ein sich so gut wie über den ganzen Körper schnell ausbreitender scharlachartiger, etwas erhöhter Ausschlag, mit heftigem Jucken, der binnen fünf Tagen völlig verschwand, mit Wiederherstellung der normalen Pupillenreaktion, des Pulses usw. Dabei kein Fieber, kein Eiweiss im Urin, keine Darmstörung. An der Diagnose eines Nikotinausschlages ist wohl hier nicht zu zweifeln. Abschuppung erfolgte nicht. Das Exanthem ist als ein allgemeines Erythem zu bezeichnen, das anfangs dem Scharlach in der Tat sehr ähnlich sah. Interessant ist aber auch die Tatsache, dass auf der Höhe des Exanthems das Sensorium viel freier ward, die Antworten des Pat. bessere waren, um freilich nach Verblassen des Ausschlages wieder der alten Verworrenheit Platz zu machen. Wir beobachteten ja nicht so selten bei akuten Infektionskrankheiten, ganz besonders aber beim Erysipel, ein gleiches Verhalten, doch hält eben, wie oben auch, die Besserung leider nicht vor, und eine Heilung der Psychose durch eine solche interkurrente Krankheit ist so enorm selten, dass ich bis jetzt davon trotz dreissigjähriger Tätigkeit als Psychiater noch keinen Fall sah. Der mitgeteilte Fall steht wohl einzig in der Literatur da, und nur Lewin erwähnt, aber nur ganz kurz, einen anscheinend ähnlichen Fall. Es bestanden dort als akute Nikotineinwirkungen eine Juckempfindung über Hals, Brustbein, zwischen den Schulterblättern und eine stark fleckige Röte des Gesichts und des ganzen Halses. Es ist also sehr wenig, was uns hier mitgeteilt wird. Es bestanden ferner ausgesprochenes



Gürtelgefühl und Respirationsstörungen, die bei uns fehlten. In unserem Falle war also der Ausschlag sehr viel ausgebreiteter, deutlich scharlachähnlich und dauerte wahrscheinlich auch längere Zeit an. Es wäre auch hier sehr interessant gewesen, zu erfahren, wie lange der Kautabak im Kaffee geblieben ist, bis er ausgetrunken wurde, um die grössere oder kleinere darin aufgelöste Menge von Nikotin ungefähr beurteilen zu können; weiter aber auch, wann nach dem Austrinken das Erythem sich zuerst zeigte. Gesehen ward es zuerst früh 6—6 $\frac{1}{4}$  Uhr, doch bestand es vielleicht schon etwas früher. Jedenfalls waren einige Stunden zwischen beiden Tatbeständen verstrichen.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 50.)

- **Die Entstehung und Behandlung des Magensaftflusses der Gewohnheitsraucher.** Von Dr. M. Skaller (Berlin). Autor machte eingehende Versuche, über die er berichtet: „Fasse ich das Ergebnis der bisher angeführten Versuche zusammen, so lässt sich folgendes sagen. 1. Bei Hunden ist der Sekretionsmechanismus des Magensaftes den Bestandteilen des Tabakrauches gegenüber ausserordentlich sensibel. Für den Menschen lehrt uns die Erfahrung der Praktiker dasselbe. 2. Der Sekretionszustand, der beim Hunde durch Kreisen von Bestandteilen des Tabakrauches im Blute erzeugt wird, ist als Magensaftfluss, Supersecretio continua, zu bezeichnen, da ja ohne digestiven Reiz Sekretion vorhanden ist. Vom Menschen wissen wir, dass bei Rauchern dieser Zustand häufig beobachtet wird. Ich ziehe daraus den Schluss, dass er auch auf demselben Wege zustande kommt; wie der bei Hunden experimentell erzeugte. Mit anderen Worten: Der bei Rauchern so vielfach beobachtete Magensaftfluss ist nicht oder nicht nur reflektorischen Ursprungs, sondern Folge einer Allgemeinvergiftung des Organismus. Und um auf das im Anfang angezogene Beispiel des Auges zu exemplifizieren: Es entspricht der Magensaftfluss der Raucher nicht der direkten Schädigung der Konjunktiven, sondern der indirekten Schädigung des Nervus opticus. Nun kommt es bei Rauchern häufig auch zu einer Gastritis. Aber eine Gastritis in ihrer gewöhnlichen klinischen Erscheinungsform macht keine Supersekretion, und wenn sich letztere mit Gastritis kombiniert bei Rauchern häufig findet, so ist sie nicht durch, sondern trotz der Gastritis vorhanden, wie ich zeigen werde, als selbständige primäre Sekretionsneurose, während die Gastritis als direkte Schädigung des

Magens durch den Tabakrauch aufzufassen wäre.“ Ueber die *Therapie* heisst es in der Arbeit: „In leichteren Fällen wird es genügen, zu verlangen, dass in jeder Woche wenigstens 1—2 Tage das Rauchen völlig ausgesetzt wird, damit das im Blut kreisende und in der Leber zurückgehaltene Nikotingift ausgeschieden oder unschädlich gemacht werden kann. Besonders ist das sogenannte feuchte Rauchen und das Rauchen am Vormittag zu bekämpfen, weil Aufnahme bzw. Resorption des Nikotingiftes dabei besonders günstig sind. Ich weise ferner auf die ja wohlbekannte Gefährlichkeit der Zigarrenstumpfe hin. Die Anreicherung an Nikotin ist in den Stumpfen nach allen Untersuchungen sehr erheblich. Sie beträgt z. B. bei den Sorten der österreichischen Tabakregie nach Habermann 29—118% und steigt bei den sogenannten Spezialitäten, das sind die recht teuren Zigarren, bis auf 325%. Aus eben diesen Gründen ist das Kauen an den Zigarrenenden, das viele Raucher pflegen, als besonders schädlich zu bezeichnen, ebenso das lange Immundhalten der Zigarren. Danach ist auch das sogenannte kalte Rauchen zu beurteilen. Schliesslich wäre noch in diesem Zusammenhang auf die Form der Zigarren hinzuweisen. Denn das Zurückhalten von Nikotin aus dem Zigarrenrauche im Stumpfe beruht auf Kondensation und Absorption. Auf diese ist aber die Form des Stumpfes nicht ohne Einfluss. Welche Form freilich die empfehlenswerteste sei, das ist noch nicht nachzuweisen; die Angaben von Lee, der die dünnere Form für die geeignetere hält, finden leider in den Resultaten der Habermannschen Untersuchungen keine Stütze. Hingegen sind ‚nikotinfreie‘ oder entnikotinisierte Zigarren nach unseren oben mitgeteilten Versuchen unbedenklich zu gestatten, soweit nur die Supersecretio nicotinic vorliegt. Von Medikamenten hat sich mir das Atropin zur Beseitigung der Beschwerden von Nutzen erwiesen. Auch hier stimmt Experiment mit klinischer Erfahrung überein. Ich verfuhr dabei so, dass ich von Sol. Atropini sulf. 0,01—10, zweimal täglich vier Tropfen nach dem Essen nehmen liess, bis Akkommodationsstörungen auftraten. Von der Anwendung von Alkalien habe ich in schwereren Fällen keinen Nutzen gesehen. In leichteren Fällen hingegen genügen einige Diätbeschränkungen. Wo sich mit der Supersekretion ein Katarrh verbindet (Gastritis acida), sind alkalische bzw. alkalisch-muriatische Quellen indiziert. War kein Katarrh vorhanden, so glaube ich von dem Gebrauch von Ther-

malbädern Vorteil gehabt zu haben. In einem Falle scheint es, dass die Zigarre auch Nutzen stiftet, das ist nach ungewöhnlich vollem Mahle. Hier wird die erzeugte starke Saftsekretion willkommen sein.

Zum Schluss möchte ich noch hervorheben, dass der Nachweis eines Magensaftflusses auch des ersten Grades bei Rauchern eine diagnostische Bedeutung für alle die Zustände anderer Organe beanspruchen kann, bei denen es zweifelhaft ist, ob eine Nikotinwirkung vorliegt oder nicht. Der Magensaftfluss der Raucher wird an Häufigkeit dem zentralen Skotom — dem zuverlässigsten differential-diagnostischen Zeichen der Tabakvergiftung — ganz gewiss nicht nachstehen. Mir fehlt hier zwar eigene Erfahrung, aber bei der grossen Sensibilität der Saftsekreptionsnerven des Magens gegenüber dem Nikotin ist anzunehmen, dass die Supersekretion ein früher zur Erscheinung kommendes Symptom der Nikotinvergiftung ist, als das zentrale Skotom. Das Alter, in dem die Symptome, die auf Tabakmissbrauch hindeuten, gewöhnlich beobachtet werden, ist nach J. Dixon Mann das Alter zwischen 40 und 50 Jahren. Die Supersecretio nicotinic hab ich häufig in viel jüngeren Jahren beobachtet. Auch das spricht dafür, dass die Supersecretio nicotinic zu den Frühsymptomen der Nikotinvergiftung gehört. Nicht alle Raucher freilich bekommen diese Sekretionsneurose, ebenso wie nicht alle Raucher Opticuserkrankungen bekommen. Ebenso wenig gehen auch leichtere Fälle bei fortgesetztem Tabakmissbrauch immer in schwerere über, wie andererseits manche Individuen sofort schwerere Erscheinungen bekommen. Die Disposition gegenüber dem Tabakgift ist eben nicht nur bei verschiedenen Individuen ausserordentlich verschieden, sondern auch bei demselben Individuum schwankt die Empfänglichkeit für das Tabakgift, je nach uns noch unbekannten Umständen, ausserordentlich.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 49.)

- **Delirium tremens behandelt mit Veronal.** Von Dr. V. F. Möller (Frederiksberg-Hospital in Kopenhagen). „Pat. mit D. tr. und D. tr. incip. erhalten gleich nach der Ankunft 1 g Veronal, und falls auf diese Dosis, was selten geschieht, kein Schlaf erfolgt, nach dem Verlauf von drei Stunden ein weiteres Gramm. Der Schlaf tritt darauf in der Regel recht schnell ein und hat die Dauer von sechs bis zwölf Stunden. Beim Erwachen ist der Pat. dann klar und ruhig und befindet sich völlig wohl. Falls noch

irgendwie Tremor vorhanden ist, bekommt er 0,50 g Veronal, und gegen Abend ist in der Regel der Tremor geschwunden. Bleibt der Pat. aus anderen Gründen noch einige Zeit im Hospital, so behandelt man seine Schlaflosigkeit jeden Abend mit 0,50 g Veronal. Falls das Delirium mit den 2 g Veronal nicht ganz niedergeschlagen wird, was namentlich dann eintritt, wenn es bei der Einlieferung in voller Blüte ist, kann 5—6 Stunden später ganz gut noch ein Gramm gegeben werden, und damit werden in der Regel die meisten Möglichkeiten einer Fortsetzung des D. aufgehoben sein. Nur drei Pat. von ungefähr 100 mit Veronal behandelten setzten das D. unbeeinflusst fort. Unter 100 Pat. traten zwei Todesfälle ein, wovon der eine eine doppelseitige Pneumonie, der andere wiederholte Male D. tr. gehabt hatte und in sehr geschwächtem Zustande eingeliefert wurde. Die hier besprochene Behandlung scheint mir viele und grosse Vorteile allen anderen bisher mitgeteilten gegenüber zu bieten. Ich darf von dem verhältnismässig geringen Material, über das ich verfüge, ausgehend, natürlich keinen allgemein gültigen Satz aussprechen, aber soviel darf ich wohl sagen, dass man in den allermeisten Fällen von D. tr. incip. den Ausbruch verhindern kann, dadurch, dass man unverzüglich 2—3 g Veronal gibt, und die meisten Fälle von bereits ausgebrochenem D. tr. durch eine ähnliche, vielleicht eine wenig grössere Dosis im Laufe von 5—12 Stunden zum Stillstand bringen kann. Einen Vorteil gewährt auch die Veronalbehandlung insofern, als sie keine Einlieferung in ein Hospital erfordert. Der praktizierende Arzt kann ebensogut selbst Veronal verordnen und geben und dadurch die Familie vor dem Skandal, wie den Hospitalkosten bewahren.“ (Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 52.)

### **Meningitis.** R. Rube, **Traumatische Meningitis infolge**

**Streptococcus mucosus.** (Aus dem Krankenhaus Huysens-Stiftung in Essen.) Die intravertebrale Infektion betraf ein zweijähriges Kind. Das verletzende Instrument war eine elfenbeinerne Häkelnadel. Das Kind stolperte beim Spielen und fiel mit dem Munde in diese in der Hand gehaltenen Nadel. Die Verletzung führte schon nach wenigen Stunden zu M. und nach sechs Tagen zum Exitus. Pat. war gleich nach dem Unfall ins Spital gebracht worden. Die Nadel war so tief in die hintere Rachenwand eingedrungen, dass es unmöglich war, den Stiel hin und her zu bewegen. Sie wurde in Narkose entfernt,

wobei jedoch die Spitze abbrach. Auf welchem Wege sie den Duralsack erreichte, liess sich nicht feststellen. Das wahrscheinlichste ist, dass sie durch die Zwischenscheiben hindurch sich den Weg gebahnt hat. In der intra vitam entnommenen Lumbalfüssigkeit fand sich der *Streptococcus mucosus*. Derselbe kommt in der hinteren oberen Nasen-Rachenhöhle vor allem vor, und wir wissen, dass er von hier aus nicht allein die Ursache bildet zu infektiösen Prozessen der Nasennebenhöhlen und des Mittelohrs, sondern gelegentlich auch der Erreger der vom Mittelohr ausgehenden M. ist. Die Nadel hatte jedenfalls diese Streptokokken direkt in den Lumbalsack hineingebracht; daraus erklärt sich die schon wenige Stunden später aufgetretene hohe Temperatursteigerung. (Medizin. Klinik 1909 Nr. 29.)

- **Ein Beitrag zur Behandlung der Meningokokkenträger.** Von Dr. H. Bethge (Gelsenkirchen). Untersuchungen ergaben, dass *Perhydrol* am raschesten die Meningokokken beseitigt. Man durchspült zweimal täglich den Nasenrachenraum erst mit 1%iger Kochsalzlösung, sodann mit 3%iger Perhydrollösung, die mittels eines Nasenkämmchens bei nach links geneigtem Kopfe in das rechte Nasenloch gegossen wird, worauf sie mit Schaum aus dem linken Nasenloche wieder abläuft. Nur bei Kindern mit starken adenoiden Vegetationen muss man sich, um stärkeren Druck zu erzielen, einer kleinen Glasspritze bedienen. Die günstige Wirkung des Perhydrols beruht einmal auf seiner grossen Desinfektionskraft, dann aber auch darauf, dass der sich entwickelnde Sauerstoff insofern wohl die denkbar beste mechanische Reinigung der Krypten und Buchten der faltigen Schleimhaut gewährleistet, als es bei seinem eruptiven Entweichen etwa noch vorhandenen Schleim und Bakterien mit hinwegreisst. Auch Pyozyanase und andere Desinfizientien bewirken das Verschwinden der Meningokokken, aber nicht so rasch, wie Perhydrol.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 2.)

**Obstipatio.** *Frangol*, das Fluidextrakt unserer Faulbaumrinde (Hersteller: Dr. J. Denzel in Tübingen) hat Prof. Dr. Fritsch (Bonn) nach Abdominaloperationen und im Wochenbett als Abführmittel gegeben und kann es als solches sehr empfehlen, da es *die Peristaltik völlig schmerzlos anregt* und — obwohl manchmal wochenlang gegeben — keinerlei unangenehme Nebenwirkungen zeigte, wohl aber

stets prompt wirkte. Dosierung: dreimal täglich ein Teelöffel oder einmal ein Esslöffel (in hartnäckigen Fällen auch event. zwei Esslöffel). Preis: für die 100-g-Flasche 1 Mark.

(Therap. Monatshefte, Oktober 1909.)

- **Beiträge zur Paraffinbehandlung der chronischen O.** Von Dr. Lipowski und Dr. O. Rhode (Städt. Diakonissenanstalt Bromberg): Ausgehend von der Erfahrung, dass darmgesunde Menschen ihren Stuhl beliebig einige Tage zurückhalten können, ohne dass die Konsistenz eine wesentliche Eindickung erfährt, während bei Menschen mit chronischer O. der Darminhalt starke Neigung zur Eindickung zeigt, wenn er auch nur kurze Zeit über die Gewohnheit zurückbleibt, haben die Autoren Versuche gemacht, durch Behinderung der Resorption die chronische Stuhlverstopfung zu beseitigen. Nach langen vergeblichen Versuchen nach Ersatzpräparaten ist es ihnen endlich gelungen, in dem Paraffin ein in jeder Richtung ausgezeichnetes resorptionshemmendes Mittel zu finden. Durch Mischung verschiedener Paraffinarten haben sie eine bei zirka  $40^{\circ}$  flüssig werdende Salbe hergestellt, welche in warmem, das heisst flüssigem Zustande in den Darm gebracht wird, dort bei  $37\frac{1}{2}^{\circ}$  salbenartig wird, sich als Salbe der Darmwand anlagert und fast regelmässig die Heilung der O. herbeiführt. Die Technik der Paraffinanwendung ist folgende. 200 ccm der Masse (etwa ein Wasserglas voll) werden, am besten in einem Blechgefäß, entweder direkt über der Flamme oder in heissem Wasser erwärmt und dadurch flüssig gemacht. Der Wärmegrad muss derartig sein, dass das Eintauchen eines Fingers nicht schmerzhaft empfunden wird. Um frühzeitiges Erkalten zu verhindern, wird die zum Einbringen in den Darm erforderliche Spritze oder der Trichter durch Einlegen in heisses Wasser erwärmt. Der Kranke legt sich dann derart auf die Knie, dass er sich auf beide Ellenbogen stützt. Ein durch Eintauchen in die Salbe schlüpfrig gemachter zirka 20 cm langer weicher Darmschlauch wird dann zu zwei Dritteln in den Darm eingeführt, und die Masse durch die Spritze oder durch den Trichter in den Darm geschickt. Die Einläufe werden am besten abends gemacht. Am nächsten Morgen wird in der Regel ein gleichförmiger Stuhlkuchen entleert. In einigen Fällen wird es einige Male notwendig, die Entleerung durch Einspritzen eines halben Esslöffels Glycerin in den Darm anzuregen. In der ersten Woche werden die Einläufe allabendlich gemacht;

in der zweiten Woche werden nur 100 ccm ( $\frac{1}{3}$  Wasserglas voll) gebraucht; in der dritten Woche wird in der Regel der Einlauf nur jeden zweiten Abend erforderlich sein, dann jeden dritten Abend usf., bis er endlich (in der Regel in der vierten bis sechsten Woche) völlig entbehrlich wird. Sollte infolge der abendlichen Anwendung die Nachtruhe gestört sein (was selten der Fall ist), dann empfiehlt sich der morgendliche Einlauf, der in der Regel im Laufe des Nachmittags oder Abends wirkt.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 48.)

— **Schwedische manuelle Mastdarmbehandlung als Therapie bei sehr hartnäckigen Fällen von habitueller O.** Von

Dr. v. Åkerhielm (Wiesbaden). „Nach der schwedischen manuellen Bauchmassage, deren Wirkungen auf Herztätigkeit, Zirkulation, auf die Darmmuskularis mit Nervenplexus, Sekretion und Exkretion der verschiedenen Organe, wie Magen, Leber, Milz und Darmtraktus ich als bekannt voraussetze, schreite ich jetzt zu der von mir in die Therapie eingeführten Mastdarmbehandlung. Der Pat. wird auf eine niedrige Bank auf die linke Seite gelegt, die Knie stark flektiert, der untersuchende Arzt steht hinter dem Rücken des Pat., gibt mit seiner linken Hand eine leichte Gegenstütze auf die nach oben gekehrte Hüfte des Pat., und nun wird der mit eingeöltem Gummihandschuh oder dünnem Fingerling versehene rechte Zeigefinger in den Mastdarm eingeführt. Mit dem Handrücken der Genitalseite des Pat. zugewandt, gehe man langsam und vorsichtig mit leicht gebogenem Finger durch die beiden Sphinkteren hindurch in die Ampulle hinein. Bei der habituelleren O. findet man die Ampulle gewöhnlich etwas erweitert, schlaff, die Wände fühlen sich trocken an, und es liegen vielleicht einige steinharte Kotbröckelchen lose herum, sonst ist gewöhnlich nichts Abnormes, was in Zusammenhang mit unserer Krankheit stehen kann, zu finden. Die Arbeiten unserer Physiologen enthalten wenig über das Auslösen eines Stuhles, klar ist aber, dass die herunterrückende Kotsäule einen mechanischen Reiz auf die Mastdarmwand ausübt, und dass dieser Reiz durch die Fasern aus dem Plexus haemorrhoidalis dem Centrum anospinale übermittelt wird, welches alsdann die Stuhlentleerung auslöst. Ich suche nun diesen Reiz an die Darmwand zu applizieren, indem ich mit dem eingeführten Finger reibende Bewegungen längs der Darmwand ausführe. Dabei werden alle dem Genitalapparat angehörenden Gegenden

peinlichst vermieden, wenig Zweck hat es ebenso, die sämtlichen drei Sphinkteren anzugreifen. Man verlege lieber seine Tätigkeit nach den seitlicheren Weichteilen der Ampulle, wo auch der Plexus haemorrhoidalis eingebettet liegt. Irgendeine Manipulation oberhalb des Musculus sphincter ani tertius vorzunehmen, hat auch wenig Zweck, da, wie ich oft zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, eine Kotsäule in dem Intestinum recti längere Zeit verbleiben kann, ohne dass der Pat. das Gefühl der Völle im Mastdarm hat. Ist die Kotsäule dagegen schon in die Ampulle heruntergerückt, so fühlt jeder normale Mensch Stuhldrang. Oberhalb des dritten Schliessmuskels gehe man nur, um nachzufühlen, wie weit die Fäkalmassen heruntergerückt sind. Die Friktionen dürfen nicht allzu scharf gegeben werden, obwohl die Empfindlichkeit im inneren Darm nicht sehr gross ist. Man muss immer bedenken, dass man doch mit zartem Gewebe nebst grossem Gefässreichtum zu tun hat. Hämorrhoiden mahnen zur Vorsicht. Die Friktionen folgen ziemlich ruhig aufeinander, die ganze Mastdarmbehandlung dauert vielleicht etwa 2—3 Minuten. In bezug auf Nervenfriktionen, hier und im allgemeinen, gilt als Gesetz: eine kurze (schnell vorübergehende) oder schwache Reizung wirkt bahnend, eine lange, dauernde oder starke hemmend. Meine Pat. nehmen von dem Augenblick an, wo sie in meine Behandlung treten, keine Abführmittel mehr ein, benutzen auch keine Klistiere oder sonstige Mittel, sondern ich lasse sofort meine Behandlung wirken, und es ist mir gelungen, mit einer einzigen Ausnahme, meinen sämtlichen Pat. schon nach der ersten Behandlung eine reichliche Stuhlentleerung zu verschaffen. Der Stuhl ist in den ersten paar Tagen hart und bröckelig, kommt oft direkt nach der Behandlung, nach und nach wird er weicher, formt sich, der trockene Mastdarm fühlt sich wieder feucht an, und allmählich verlegt der Stuhl sich nach einer früheren Stunde, gewöhnlich bald nach dem Aufstehen morgens, also etwa zehn Stunden nach der Massage. Diese Zeit der Stuhlentleerung hält alsdann auch an. Um den Erfolg auch auf die Dauer zu sichern, lasse ich die Pat. sich einer täglichen Behandlung in der Zeit von vier bis sechs Wochen unterziehen. Während der Menstruation setzen die Pat. aus. Abgesehen davon, dass der Stuhl sich immer täglich und ausgiebig einstellt, wird durch die allgemeine kräftigende und zirkulationsbefördernde Behandlung, im Verein mit der appetitanregenden, stuhlbefördernden und zur



gesteigerten Nahrungsaufnahme anregenden Bauchmassage, der Allgemeinzustand so wesentlich gebessert, dass der Pat. auch imstande ist, auf der Höhe bleiben zu können. Durch brieflichen Verkehr mit meinen Pat. ist es mir gelungen, festzustellen, dass schon nach der ersten Kur der Erfolg jahrelang gehalten hat. Gravidität bis zum vierten Monat ist keine Kontraindikation. Ich rate im allgemeinen, meiner Erfahrung nach, zu einer kleinen Nachkur, nach halbjährlicher oder jährlicher Pause. Zum Schlusse darf ich darauf aufmerksam machen, dass ich meine sämtlichen Pat. mit dauerndem Erfolg behandelt habe.“

(Die Therapie der Gegenwart, Nov. 1909.)

### **Otitis. Das Perhydrol (Merck) in der Behandlung alter**

**Ohreneiterungen\*).** Dies Thema behandelte Sanitätsrat Dr. M. Bresgen (Wiesbaden). Er sagte: „Während man früher von dem Gebrauche des officinellen Wasserstoff-Superoxyds bei Ohreneiterungen wegen seiner schnellen Zersetzlichkeit trotz guter Erfolge, die beispielsweise auch Politzer ihm nachrühmt, immer wieder Abstand zu nehmen sich gezwungen sah, hat sich die Sachlage seit der Herstellung des Merckschen P., eines beständigen 30%igen Wasserstoff-Superoxydes wesentlich verändert. Seitdem Ehrenfried das P. in die Ohrenheilkunde eingeführt hat, sind auch andere seinen Anregungen gefolgt, waren sie auch anders vorgegangen sind und andere Gesichtspunkte gelten liessen. Das scheint auch mir durch die Natur des Mittels geboten zu sein. Die wertvollste Beobachtung hat meines Erachtens Nacht gemacht, indem er feststellte, dass die von ihm verordneten P.-Ohrentropfen auch den Kranken in die Hand gegeben werden können. Denn damit ist erst der Wirksamkeit des P. der grösstmögliche Vorschub geleistet, ohne an die Zeit des Arztes und des Kranken ungewöhnliche Forderungen zu stellen. Nacht verordnete eine 2%ige Lösung in der Form: Perhydrol 2,0, Aqu. dest. 28,0. S. Schäumende Ohrentropfen; lauwarm ins Ohr zu bringen und 5—10 Minuten darin zu lassen. Ich bin im Laufe der Zeit von der Erwärmung der P.-Lösung vollkommen abgekommen. Lässt man diese in der Flasche erwärmen (durch Einsetzen in warmes Wasser), so wird das P. in seiner Wirkung rasch schwächer. Lässt man die augenblicklich notwendige Menge in einer Pipette erwärmen, so erfordert das mehr Zeit und

\*) Vortrag, gehalten in der XVI. Abteilung (Otologie) des XVI. Internat. med. Kongresses in Budapest, am 2. September 1909.

Geschicklichkeit. Ich habe es vollkommen genügend gefunden, wenn die P.-Lösung beständig in einem Raume aufbewahrt wird, der Zimmerwärme hat. Ich habe das P. seit fast fünf Jahren in Gebrauch. Bei alten Ohreiterungen habe ich es jedem anderen Mittel überlegen gefunden. In einigen Fällen, in denen sonst unbedingt die Aufmeisselung angezeigt gewesen wäre, wurde diese unter Anwendung des P. überflüssig. Ich ziehe daraus nur den einen Schluss, dass in allen solchen Fällen, vorausgesetzt, dass keine Gefahr im Verzuge begründet ist, eine P.-Behandlung vor der Aufmeisselung versucht werden muss. Ich habe in diesem Sinne alle alten Eiterungen der Behandlung mit P. unterworfen. Die Kranken hatten es nie zu bereuen. Freilich mussten die einzelnen Fälle je nach ihrer Beschaffenheit verschieden behandelt werden. Wesentlich für die Raschheit des Erfolges war die Grösse des Loches im Trommelfelle und auch dessen Lage. Bemerkenswert sowohl für mich wie ganz besonders für die Kranken war es, dass nach Eingiessen bzw. Eintropfen des P. ins Ohr, aus dessen Tiefe manchmal „ganze Stücke“, wie die Kranken sich ausdrückten, herauskamen, trotzdem ich, wie sie meinten, bzw. weil ich einige Stunden vorher mit 6%iger P.-Lösung das Ohr vollständig gesäubert hatte. Ich spreche hier zunächst nicht von Cholesteatom-Fällen, obschon auch bei diesen das P. die entsprechenden Wirkungen aufweist, sondern von einfachen Eiterungen, bei denen eingedickte Massen sich an für den Angriff vom Gehörgange aus unzugängigen Orten ansammeln. Gerade in solchen Fällen habe ich das P. von ganz vorzüglicher Wirkung gefunden, indem die sonst von Zeit zu Zeit immer wiederkehrenden bzw. zutage tretenden Eiterungen wirklich aufhörten.kehrten sie aber doch gelegentlich wieder, so waren es einfache, mit Schnupfen verknüpfte Eiterungen, die nicht wie früher immer gewissermassen „von selbst“ aus der Tiefe der Ohrräume an die Oberfläche drangen, sondern rasch und ohne Ausstossung von eingedickten Eitermassen verliefen. Je nach den einzelnen Fällen lasse ich die P.-Ohrtropfen nur einmal oder zweimal (morgens und abends) ins Ohr giessen, und zwar wird der Gehörgang fast voll gegossen. Die Kranken lasse ich zehn Minuten auf der Seite liegen; alsdann wenden sie sich so um, dass die Lösung vollständig ausfliessen kann. Nachdem dies geschehen ist, wird nur die Ohrmuschel mit Watte getrocknet, ohne in den Gehörgang einzudringen, und dieser alsdann mit losem Wattebausch geschlossen

und so bis zur nächsten Eingiessung gehalten. Bemerken möchte ich noch, dass die P.-Lösung in der von Nacht vorgeschriebenen Menge sich gut erhält, wenn die Eingiessung zweimal täglich erfolgt; wird sie seltener angeordnet, so verschreibt man besser nur die Hälfte jener weiter oben angegebenen Menge. In besonders schlimmen Fällen sehe ich die Kranken so lange täglich, bis die im Gehörgange befindliche Watte keine wesentliche Beschmutzung mehr aufweist. Ich führe dann jedesmal mit einem kleinen, etwa einen Tropfen Flüssigkeit fassenden Wattebäuschchen eine 6%ige P.-Lösung (1,0:4,0) in die Tiefe des Ohres bezw. des Mittelohres und lasse sie dort, solange sie braust, dann tupfe ich aus und schliesse den Gehörgang. In vielen Fällen kann man schon nach wenigen Tagen diese Behandlung seltener vornehmen, indem man zunächst einen Tag und dann allmählich je nach den Fortschritten immer mehr Tage Zwischenraum gibt. Auffällig ist, wie vorhandener übler Geruch meist schon nach wenigen Tagen verschwindet; auch Schmerzen lassen rasch nach. Alles dies beobachtet man um so rascher, je weiter die Zugangsöffnungen sind, je besser also das P. in die erkrankten Räume eintreten kann. Je enger aber die Wege sind, um so langsamer bricht es sich Bahn an die Orte der Erkrankung, um so länger besonders müssen die Eingiessungen täglich zweimal gemacht werden. Natürlich muss sorgsam darauf geachtet werden, dass das eingegossene P. stets so stark braust, wie zu Beginn der verschriebenen Menge. Nicht immer gehen die Kranken mit dem P. so sorgfältig um, wie es ihnen aufgetragen werden muss. Es ist deshalb notwendig, sich stets zu vergewissern, dass das benutzte P. auch wirksam ist. Stärkere als 2%ige P.-Lösung habe ich den Kranken nicht in die Hand gegeben. Ich bin bisher immer damit ausgekommen, dass ich selbst eine 6%ige Lösung ins Ohr brachte, je nach Bedürfnis auch mehr als einmal in einer Sitzung. Hier handelte es sich besonders um Fälle von Eiterungen, die mit Granulationen und Cholesteatom verknüpft waren, sowie um kleine Löcher in der Pars flaccida. Es scheint mir, dass man bei solcher Behandlung des Alkohols gegen die Granulationen nicht mehr bedarf. In einem hartnäckigen Falle, den ich bisher nicht zu beobachten Gelegenheit hatte, würde ich aber nicht anstehen, die Alkoholbehandlung mit der P.-Eingiessung zu verknüpfen, und zwar dergestalt, dass ich Alkohol und P. abwechselnd eingiessen liesse.“

(Therapeutische Rundschau 1909 Nr. 41.)

18\*

**Psoriasis. Ueber Chrysarobin- und Pyrogallolsalben mit**

**Alkalizusatz.** Von Dr. Dreuw (Berlin). Bei der *Chrysarobinbehandlung der Psoriasis* kann man die Wirkung der Chrysarobinsalbe durch *Zusatz von grüner Seife* wesentlich verstärken; die antiseptischen, reduzierenden, schälenden Eigenschaften werden dadurch bedeutend intensiver. Man verordnet also, namentlich bei den schwer zu beeinflussen den Resten der P., bei der Lokalisation auf Ellenbogen und Knien und auch bei allen chronischen, mit Hornhautverdickung einhergehenden Hauterkrankungen am besten:

Rp. Acid. salicyl. 10,0  
 Chrysarobin. 20,0  
 Sapon. virid. 25,0  
 Adip. lan. anhydr. ad 100,0.

Wegen der im Salbentopf an der Oberfläche stattfindenden Oxydation empfiehlt es sich, die Salbe vor Luftzutritt zu bewahren, was am zweckmässigsten durch die Aërotube geschieht. Weil die Salbe stark austrocknend wirkt, tut man gut, nach mehrmaliger Anwendung die Haut mit Zinköl, Zinksalbe oder Zinkpaste einzufetten, zumal das Zinkoxyd bei entstehender Reizung der Umgebung durch Chrysarobin zugleich ein zweckmässiges Chrysarobinanti-dot ist.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1909, Bd. 49 Nr. 12.)

- **Ein Fall von Einwirkung von Masern auf P. vulgaris.** Von Dr. Rubens (Gelsenkirchen). Ein 28jähriger Pat., der seit Jahren an P. litt, der trotz aller Kuren immer wiederkehrte und sehr entwickelt war. Er erkrankte an Masern, und mit der Schuppung war auch die P. verschwunden. Autor kann sich die Sache nur so erklären, dass vielleicht die durch die Masern hervorgerufene Hyperämie einen heilenden Einfluss ausübte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 3.)

**Syphilis.** Das Kapitel **Kopfschmerzen und S.** illustriert Dr.

Pickenbach (Berlin) durch zwei Fälle, die er beobachtet hat. Der eine zeigt, wie Kopfschmerzen als einziges Symptom vor Jahren durchgemachter S. plötzlich auftreten können, der andere, wie ein Pat. im Anfang einer S. nur durch seine Kopfschmerzen belästigt wird, dieserwegen den Arzt aufsucht, der erst die Genitalaffektion, welche keine Beschwerden macht, entdeckt und so die Aetiologie der Kopfschmerzen eruiert. In Fall 1 handelte es sich

um eine 38jährige Frau, die 20 Jahre lang gesund war, dann plötzlich nach anstrengender Arbeit starke Kopfschmerzen bekommt. Alle Medikamente helfen nichts, auch in Kliniken findet sie keine Hilfe. Erst in der Poliklinik für Geschlechtskranke wird eine alte Narbe am Introitus vaginae und Induration der Leistendrüsen entdeckt, jetzt berichtet die Kranke, auch, dass sie vor 20 Jahren sich infiziert hat. Sie erhält Jodkali, und die Kopfschmerzen verschwinden. Fall 2 betrifft einen 22jährigen Mann mit hartnäckigen Kopfschmerzen, die allen Mitteln widerstehen. Bei der Untersuchung zeigt sich eine Roseola und ein Ulcus am Sulcus coronarius penis. Früher war eine derartige Untersuchung unterlassen worden. Auch hier brachte die spezifische Kur Hilfe. Der Fall zeigt, wie man bei hartnäckigen Kopfschmerzen auf S. zu fahnden hat.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 41.)

- **Sublamin in der Therapie der S.** Von Dr. Piorkowski (Stettin). Das Sublamin ist Quecksilbersulfat-Aethylen-diamin, in Wasser und Glycerin leicht löslich, und enthält ca. 44% Hg-Gehalt (Sublimat ca. 70%, Hydrarg. salicyl. ca. 54% Hg). Es entspricht demnach 1,68 g Sublamin 1,0 g Sublimat, der Maximaldosis von 0,02 Sublimat 0,033 Sublamin. Wer Wert darauf legt, die Dosierung den Ziffern der Sublimatkur genau anzupassen, wird an Stelle der  $\frac{1}{2}$ - und 1%igen Sublimatlösungen 0,84- und 1,68%ige Sublaminlösungen verwenden müssen. Lösungen dieser Konzentration sind, wenn gut verschlossen aufbewahrt, sehr lange haltbar. Kochen dieser Lösungen ist möglichst zu vermeiden, da vorzugsweise bei Glycerinlösungen eine Umsetzung des Sublamin eintreten kann. Bei einer Versuchsreihe von 33 Fällen, die Autor mit Sublamin, zum Teil mit wiederholten Kuren, behandelte, zeigte sich vor allem die intensive Heilwirkung auf syphilitische Erscheinungen aller Grade und Stadien. Es hat selbst bei schweren Formen ihm nie versagt. Bereits nach der 10.—12. Injektion waren Primäraffekte, Skleradenitis, Roseola, Papeln, Munderscheinungen usw. in voller Heilung. Fiebererscheinungen oder Intoleranzsymptome hat Autor nie zu beobachten gehabt. Das Allgemeinbefinden hob sich bald nach Einleitung der Kur, entsprechend dem Abheilen der Krankheitserscheinungen. Die Nebenerscheinungen waren auffällig gering. Stomatitis stärkeren Grades wurde trotz des langausgedehnten Hg-Gebrauchs nie beobachtet, kleine Andeutungen heilten ohne Unterbrechung der Kur. Freilich

wurde der Mundpflege Sorgfalt zugewendet (Kal. chlor.-Pasta und Wasserstoffsuperoxyd-Präparate, von letzteren in letzter Zeit die Pergenol-Tabletten, die durch Handlichkeit und Billigkeit bei guter Wirksamkeit eine Verbesserung bedeuten). Auf Albumen wurde fortlaufend geprüft; niemals wurde Nierenreizung beobachtet. Besonders fiel die geringe Schmerzhaftigkeit der Injektionen auf, die wohl mit der geringen Koagulationskraft in Parallele steht. Beweis genug dafür ist, dass in keinem der Fälle wegen der Schmerzhaftigkeit der Injektionen oder wegen der Infiltrate die Behandlung ausgesetzt zu werden brauchte. Uebereinstimmend wurde die Schmerzempfindung als gering angegeben, eine Anzahl injizierter Männer gab dauernd Schmerzfreiheit an. Die nicht selten an den Injektionsstellen auftretenden Infiltratknötchen waren bis auf geringe Ausnahmen schmerzlos, das ermöglichte die Vornahme der Kur auch bei Frauen. Zwei der Pat. konnten, von den Infiltraten nicht behindert, während der Kur ohne Schmerz reiten. Besonders die Lösungen von Sublamin in Glyzerin schienen wenig empfindlich zu sein. Diese Schmerzlosigkeit der Anwendung erleichtert die Injektionsbehandlung in ungeahnter Weise, sie ermöglicht erst in vollem Umfange eine intensive Behandlung durch Applikation kleiner Hg-Mengen durch lange Zeiträume. Es wurden zu einer Kur 40 Injektionen einer 1,5%igen Lösung in Wasser oder Glyzerin (bei Frauen 1%ige) angewandt; es wurde möglichst täglich injiziert. In einem Teil der Fälle wurde, wie in Lassars Klinik ein 1%iger Novokainzusatz hinzugefügt. Doch ist nicht anzuraten, das Novokain mit der Sublaminlösung gemischt zu verordnen, da sich in solcher Lösung nach einigen Tagen Stehens Trübungen und Ausfällungen bilden, es ist besser, die Novokainlösung gesondert zu halten und in der Spritze vor der Injektion erst zu mischen. Verwendet man in diesem Falle die Sublamin-Glyzerin-Mischung, so vermischen sich die beiden Flüssigkeiten verschiedenen spezifischen Gewichtes schwer, ohne dass dies ein Hindernis für die Injektion bildet, falls man nicht zu enge Kanülen benützt. Verwandt wurden Rekordspritzen mit Platin-Iridiumkanülen; da Sublamin dies Metall wenig angreift, kann man, besonders wenn man nach jeder Injektion reichlich mit Alkohol durchspült, mit einer Kanüle viele Hundert Injektionen machen.

(Therapeutische Rundschau 1909 Nr. 47.)

— **Zur Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Formamint.**

Von Dr. A. Wischnitz (Berlin). Autor hat gerade in solchen Fällen zu Formamint gegriffen, wo einerseits die prophylaktischen Massnahmen erfolglos waren, andererseits auch alle Mittel versagten, die zur Bekämpfung schon eingetretener schwerer Stomatitis angewandt wurden. Letzteres geschah in vier der von ihm beobachteten Fällen, wo bereits nach Darreichung von wenigen Gramm Quecksilber trotz einer mit peinlichster Sorgfalt durchgeführten Prophylaxe dennoch Stomatitiden auftraten, die einen solchen Grad erreichten, dass die Kur unterbrochen werden musste. Diesen Pat. gab Autor Formamint und konnte im allgemeinen beobachten, dass nach Verbrauch von etwa 50 Tabletten, die in stündlichen Intervallen genommen wurden, der objektive Befund am Zahnfleisch sich wesentlich besserte, so dass bei stetem weiteren Rückgang der Beschwerden unter fortgesetzter Darreichung von Formamint die Quecksilberbehandlung wieder aufgenommen und zu Ende geführt werden konnte, ohne dass ähnliche oder neue Entzündungserscheinungen aufgetreten wären. In mehreren anderen Fällen, wo sich nach Angabe der Pat. bei früheren Schmierkuren schon nach wenigen Tagen eine Stomatitis eingestellt hatte, wurde gleich mit Beginn der Kur Formamint verabreicht. In keinem dieser Fälle ist eine Stomatitis aufgetreten. Als besonders angenehme Wirkung dieser Behandlungsmethode darf hervorgehoben werden, dass schon nach Einnahme weniger Tabletten der so ganz besonders lästige Foetor ex ore abnahm und sehr rasch ganz verschwand, eine Erscheinung, die wohl auf die Abspaltung geringer Mengen von Formaldehyd im Mundspeichel zurückzuführen ist.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1909.)

**Verrucae. Behandlung der V. mittels Kelenvereisung** wird

von Dr. K. Büdinger empfohlen. Er schreibt: „Die Warze wird mit dem Chloräthylspray vereist und die Vereisung durch ungefähr eine Minute gehalten. Der Vorgang muss gewöhnlich zwei- bis dreimal wiederholt werden, am besten jeden zweiten Tag, damit die Wirkung der früheren Vereisung beobachtet werden kann. Die Warze fällt bisweilen zum Teil ab, zum grösseren Teil schrumpft sie ein. Gewöhnlich bleibt für eine Zeit ein lichter Fleck zurück, der ähnlich aussieht wie die nach Thermophorgebrauch entstehenden Rötungen. Die Mehrzahl der oberflächlichen (keratoiden) Warzen geht auf diese Weise

prompt zurück; bei tiefliegenden (akanthoiden) Warzen schneidet man die Kuppe mit einem scharfen Messer im Hautniveau ab; was nicht empfunden zu werden pflegt, und wendet dann die Kelenbehandlung in gleicher Weise an. Hier sei daran erinnert, dass man bei multiplen Warzen zwar nicht gerade häufig, aber doch hie und da durch die Allgemeinbehandlung mittels Arsenkur ein rapides Verschwinden der Warzen erzielen kann, so dass diese Medikation, insbesondere bei anämischen Pat., niemals versäumt werden sollte, wenn keine spezielle Kontraindikation besteht. Die Arsenkur ist natürlich in den wenigen Fällen, in denen sie Erfolg bringt, jeder lokalen Therapie vorzuziehen.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 37.)

- Eine einfache Methode zur **Beseitigung von Warzen** empfiehlt O. Weiss (Allenstein): Nach vorschriftsmässiger Desinfektion wird die Warze an ihrer Basis mit der von Luer angegebenen gebogenen Hohlmeisselzange gefasst, ein Druck — die Warze ist weg. Die Wunde blutet infolge des Zangendruckes die ersten Augenblicke gar nicht; ein Druck mit Höllenstein auf die Wunde, und es tritt keine Blutung ein, und wenn, so ist sie sofort gestillt. Die ganze Operation ist in wenigen Sekunden beendet; die definitive Heilung lässt höchstens sechs Tage auf sich warten (Abfallen des schwarzen Schorfes). Der kosmetische Erfolg ist tadellos.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 36.)

## Vermischtes.

- **Eucerin** (Fabrik Hegeler & Brünings in Aumund) empfiehlt als vorzügliche Salbengrundlage F. A. Philippi (Salzschlirf). E., ein durch Zusatz eines gewissen Körpers (Alkohol IIc) modifiziertes und namentlich zu einer enormen Steigerung der Wasseraufnahmefähigkeit gebrachten Vaseline, ist eine schneeweisse, höchst geschmeidige, völlig geruchlose Masse, die sich Jahre lang hält (E. anhydric. ist etwas zäher und gelb). E. mit Aq. Rosar. aa liefert ein vorzügliches Coldcream. Zu Kühsalben ist es sehr geeignet. Mit Liq. alumin. acet. oder Liq. plumb. sub-acetic. ergibt sich eine exquisit wohltuende Mischung. Als



Kühlpaste ist Magnes. carbonic. 5,0, Eucerin 20,0 sehr zu empfehlen. Bei seborrhoischen und juckenden Ekzemen greife man zu E., ebenso bei Ichthyosis; hier besonders wurden ausgezeichnete Resultate erzielt. Mit E. lassen sich auch schwer zu verarbeitende Stoffe, wie Ichthyol, Tumenol usw. sehr gut mischen.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 35.)

- **Jothion** hat Dr. Braitmaier (Kiel) mit bestem Erfolge bei Drüsen, Sehnenscheidenentzündungen, Gicht, Periostitis, Pleuritis, rheumatischen Muskelbeschwerden angewandt. Man verordne aber das Präparat nur 10%ig. Von einer derartigen Salbe oder Oelmischung genügt im allgemeinen, täglich einmal, bei schweren Exsudaten und Entzündungen zweimal täglich 5—8 Minuten eine geringe Menge einzureiben. 20 g einer 10%igen Jothion-Olivenölmischung kosten nur 1 Mk.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1909 Bd. 49 Nr. 9.)

- **Ueber die therapeutische Verwendbarkeit von Spirosal und Coryfin in der Ohrenheilkunde.** Von Dr. M. Lubinski (Berlin). „Das Sp., der Monosalizylsäureester des Aethylenglykols, bisher von hervorragender Wirkung als lokales Antirheumatikum, entweder rein oder in Mischung mit Alkohol, habe ich auch bezüglich seiner eventuellen Brauchbarkeit in der Ohrenheilkunde geprüft und in Fällen von Gehörgangsfurunkulose als äusserst brauchbar gefunden. Ich ging bei der Behandlung der einschlägigen Fälle in der Weise vor, dass ich einen zirka 2 cm breiten sterilen Gazestreifen mit der Flüssigkeit tränkte und ihn vorsichtig mittels einer schlanken Ohrpinzette zwischen die geschwollenen und schmerzhaften Partien des äusseren Gehörgangs in die Tiefe schob. Diese eventuell an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen vorzunehmende Prozedur liess meist sehr bald eine deutliche Abnahme der Schmerzen und des Entzündungsprozesses erkennen. Bei bereits bestehender eitriger Sekretion aus der furunkulös erkrankten Partie lasse ich eine sorgfältige antiseptische Reinigung vorangehen. Ob ich das Sp. unverdünnt oder in Mischung mit Alkohol anwandte, liess in seiner Wirksamkeit einen Unterschied nicht erkennen. Nur ist zu erwähnen, dass das reine Sp. bei kühlerer Temperatur leicht erstarrt und dann zwecks Verflüssigung vor dem Gebrauch angewärmt werden muss. Aus diesem Grunde habe ich der Spirosalalkoholmischung den Vorzug gegeben,

indem ich gleichzeitig von der Annahme ausging, dass gerade der kombinierten Spirosalalkoholwirkung eine noch stärkere antiseptische Bedeutung zukomme. Was das C., den Aethylglykolsäureester des Menthols, anlangt, so haben wir in demselben ein dem Migränestift ähnliches Mittel, aber nicht wie bei letzterem von flüchtiger, kurz dauernder, sondern von protrahierter, langanhaltender Wirkungsweise. In Fällen von nervösem Ohrenjucken oder desjenigen stechenden, juckenden Ohrreizes in der Tiefe des äusseren Gehörganges, welcher durch Trockenheit beziehungsweise mangelhafte Sekretion der Drüsen des äusseren Gehörganges bedingt ist, habe ich in dem C. ein sehr empfehlenswertes Präparat gefunden (cf. die Mitteilung von Hübner. Stettin, Therapeut. Monatsh. 1909, Nr. 6). Durch Vorschieben eines mit C. getränkten Wattebauschs gelingt es dem Pat. sofort, bisweilen erst nach einigen Augenblicken, den Juckreiz zu beseitigen, indem durch Spaltung des C. in seine Bestandteile ein für die Pat. angenehmes und den Juckreiz beseitigendes Kältegefühl entsteht. Sehr zweckmässig lässt sich auch das C. in Verbindung mit Sp. für die erwähnten Krankheitszustände anwenden. Die Ordinationsform obiger Präparate kann man in verschiedener Weise gestalten, und lasse ich anbei einzelne Beispiele folgen:

Rp. Spirosal 10,0.

Rp. Spirosal 10,0  
Spir. rectific. 20,0

gleichwertig mit

Rp. Spirosal  
Originallösung Bayer.

Rp. Coryfin 5,0  
Vaselin 3,0  
Lanolin anhydr. 2,0

Rp. Spirosal  
Coryfin aa 5,0

Rp. Spirosal  
Coryfin aa 2,5  
Vaselin 3,0  
Lanolin anhydr. 2,0.“

(Die Therapie der Gegenwart, Oktober 1909)

- **Eine neue Speicheltasche bei Mund-, Hals- und Nasenoperationen** beschreibt Dr. Löwenstein (Elberfeld). Er sagt: „Viele werden es mit mir unangenehm empfunden haben, dass die bei operativen Eingriffen an Mund-, Rachen-, Kehlkopf- und Nasenkranken bisher gebräuchlichen Taschen für Blut und Eiter schwer zu reinigen sind, auf die Dauer recht unsauber aussehen und schnell durch neue ersetzt werden müssen. Die Taschen bestanden aus Gummi oder anderem wasserdichten Stoff, auch aus Aluminium. Der Preis betrug immerhin 3—4—10 Mk. pro Stück. Ich habe nun aus wasserdichtem Papier eine Tasche anfertigen lassen, die sich mir und anderen in der Praxis sehr gut bewährt hat, insbesondere bei Entfernung der Gaumenmandeln und adenoiden Vegetationen. Da der Preis der Tasche sehr billig ist (12 Pfg. pro Stück) kann die Tasche sofort nach dem Gebrauche mit dem Inhalt vernichtet werden. Ich möchte die Herren Kollegen bitten, auch mit der Tasche Versuche zu machen. In Polikliniken und Kliniken, wo häufig mehrere Operationen aneinander folgen, in der zahnärztlichen Tätigkeit werden die Taschen sich sehr zweckdienlich erweisen. Die Taschen sind bei der Firma Hermann Müller Fritz Sohn, Elberfeld, Herzogstrasse (100 Stück 12 Mk.) zu haben.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 33.)

- Ueber **Gynoal** schreibt Dr. E. Froehlich (Berlin): „Ich habe einer grösseren Anzahl von Pat. längere Zeit hindurch G. gegeben, denen ich auch sonst ein Baldrianpräparat verordnet hätte. Die Wiedergabe einzelner Krankengeschichten erscheint mir überflüssig. Was die Verträglichkeit betrifft, so wurde das Präparat von allen Kranken gern genommen, erhebliche Klagen über Magendrücken, Aufstossen, Uebelkeit u. dgl. wurden in keinem Falle vorgebracht; nur einmal gab ein Kranker an, geringes Aufstossen gehabt zu haben, ohne dass sich ihm dieses jedoch besonders lästig bemerkbar gemacht hätte. Die Kapseln konnten bequem heruntergeschluckt werden, da sie nicht übermässig gross sind. Zur Beobachtung kamen Fälle von nervöser Dyspepsie, Schlaflosigkeit, Pollutionen, nervösen Herzbeschwerden, nervösem Kopfschmerz usw. Die Dosen mussten von mir zumeist höher genommen werden, als die Fabrik sie angibt. Zur Bekämpfung hartnäckiger Schlaflosigkeit gab ich z. B. in einem Falle zuerst nach den Angaben der Fabrik an vier Abenden je zwei Kapseln ohne Erfolg; es stellte sich jedoch

sofort Schlaf ein, als ich vier Kapseln nehmen liess, zwei nach dem Abendessen und zwei eine Stunde darauf im Bett. In gleicher Weise erzielte ich bei einem Manne, der äusserst heruntergekommen war, durch vier Kapseln den lange entbehrten Schlaf. Ich liess 14 Tage hindurch die gleiche Dosis nehmen, um dann allmählich herunterzugehen; der Erfolg blieb bestehen. Ebenso war es in den übrigen Fällen, doch war ich stets zu einer abendlichen Gabe von vier Kapseln, d. h. 1 g Gynoval gezwungen; einmal mussten sogar fünf Kapseln gereicht werden (alte Psychose), die bei vollem Erfolg keinerlei Nebenwirkungen verursachten. Hierbei befand sich übrigens noch ein Kranker, bei dem Brom wirkungslos geblieben war und die Unruhe nach der Bromdarreichung sich noch vermehrt hatte. Natürlich wird in Fällen ganz schwerer Agrypnie ein stärkeres Mittel ja meist vorübergehend nicht zu entbehren sein, ein anfänglicher Versuch mit G. oder dieses im Stadium der Besserung mag aber angezeigt erscheinen. In Fällen starker nervöser Unruhe und Erregbarkeit erzielte ich gleichfalls mit den von der Fabrik angegebenen Dosen meist nur geringe Erfolge, ich sah mich auch hier genötigt, weit grössere Quantitäten zu verabfolgen. Gewöhnlich gab ich anfangs viermal am Tage zwischen den Mahlzeiten je zwei Kapseln, erst bei Besserung ging ich mit der Dosis herab. Auch hier waren die Erfolge günstige. Daneben wurden natürlich (wie auch bei allen anderen Versuchen) die üblichen hydrotherapeutischen Massnahmen getroffen, elektrische, Massage- u. dgl. Behandlungen angewendet und eine geeignete Lebensweise vorgeschrieben. Am längsten liess die Wirkung des G. bei einigen nervösen Unfallkranken auf sich warten. Nervöse Herzbeschwerden wurden zweimal mit G. behandelt, einmal mit ziemlich schnellem Erfolge, in dem andern Falle musste ich zu der früheren Behandlungsart zurückkehren, da der Kranke zu dieser grösseres Vertrauen gefasst hatte und der neuen Verordnung zu misstrauisch gegenüberstand. Endlich ist noch über einige Fälle von nervöser Dyspepsie zu berichten, in denen das G. recht schnell anschlug. Hier genügte im allgemeinen eine Dosis von viermal täglich einer Kapsel, nur in einem Falle musste ich dreimal zwei Kapseln reichen; hier bestanden äusserst heftige, krampfartige Schmerzen im Leib, die allerdings schon längere Zeit vorhanden waren; erst eine längere Darreichung des G. schaffte allmählich Linderung.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr 36.)

- Einen **Beitrag zur konservativen Therapie schwerster Extremitätenverletzungen und drohender Gangrän** liefert Marine-Stabsarzt Dr. Knoke, Oberarzt der chirurg. Abteilung des Marine-Lazarettes Kiel-Wik. Er schreibt: „In der Juni-Sitzung der Medizinischen Gesellschaft zu Kiel berichtete Prof. Nösske von der hiesigen chirurgischen Klinik über einige Fälle von Fingerverletzungen, die er nach einem von ihm erdachten Verfahren anders als es bisher allgemein üblich behandelt hatte. Es handelte sich um Abquetschungen von Gliedern eines Fingers, bei denen das distale Ende nur noch durch eine schmale Hautbrücke mit dem proximalen zusammenhing: die übrige Haut, Sehnen, Gefässe, Nerven und der Knochen waren durchtrennt. Während die bisherige Behandlung in solch schweren Fällen wohl stets darin bestand, dass man die schmale Hautbrücke durchtrennte und den Stumpf auf irgendeine Weise zur Heilung zu bringen suchte, hatte Nösske auf folgende Art eine Erhaltung des Fingers erzielt: Ausgehend von dem Grundsatz, dass in erster Linie in hinreichendem Masse für den venösen Abfluss in dem durchtrennten Gliede gesorgt werden müsste, legt er durch die Fingerkuppe einen von der Radial- zur Ulnarseite laufenden, bis auf die Knochenspitze reichenden Schnitt an; sodann bringt er den Finger oder die ganze Hand für ca. 15 Minuten in eine Saugglocke, um hierdurch zugleich eine bessere Blutzirkulation in dem abgequetschten Fingerteil zu erzielen; schliesslich wird der Finger in normaler Stellung ohne jede Naht steril verbunden. Das Saugen setzt er dann noch die nächsten 2—3 Tage fort und auf diese Weise ist es ihm gelungen, das vorher gangränös erscheinende Fingerglied zu erhalten. Nösske forderte in genannter Sitzung dazu auf, seine Methode nachzuprüfen, und stellte eine diesbezügliche Bearbeitung bzw. Mitteilung über seine weiteren Ergebnisse in Aussicht, sobald er erst über mehrere Fälle zu berichten Gelegenheit haben würde. Nach einer mir gemachten mündlichen Aeusserung wird dieselbe in den nächsten Wochen erfolgen. Inzwischen habe ich bereits Gelegenheit gehabt, meinerseits bei einem ähnlichen Falle das Nösskesche Verfahren anzuwenden, und ich bringe den Fall um so lieber hiermit zur Kenntnis, als diese Methode tatsächlich berufen erscheint, in manchem Falle einen verstümmelnden Eingriff vermeiden zu lassen. Am 5. Juli d. J. kam ein Torpedomaschinist in meine ambulante Behandlung, der sich am selben Tage beim Arbeiten an einem Torpedo

dadurch eine Verletzung des ersten Ringfingers zugezogen hatte, dass der Finger zwischen Torpedorahmen und Ruder gequetscht wurde. Das Endglied des Fingers war ungefähr in der Mitte quer scharf durchtrennt und hing nur noch mit einer kaum  $\frac{1}{2}$  cm breiten Hautbrücke daumenwärts mit dem Finger zusammen. Dasselbe fühlte sich kalt an und war auch auf tiefere Nadelstiche absolut unempfindlich. Nur der kurz zuvor gehörte Vortrag von Nösske hielt mich davon zurück, mittels Scherenschlages die Hautbrücke zu durchschneiden und die weitere Heilung abzuwarten. Ich machte vielmehr (mit dem Resultat einer minimalsten venösen Blutung) den angegebenen Schnitt über die Fingerkuppe hinweg, von dem der Pat. absolut nichts fühlte, steckte die Hand sodann 20 Minuten in eine Saugglocke und verband darauf den Finger in normaler Stellung mit einer halbfeuchten Kompresse (essigsaure Tonerde). Am nächsten Tage beim Verbandwechsel sah die Fingerkuppe zwar schwärzlich blau aus, auch das Gefühl war nicht wieder hergestellt; ich wiederholte jedoch trotzdem das Saugen nach nochmaliger Anfrischung des alten Schnittes — hierbei entleerten sich einige Tropfen dickflüssigen dunklen Blutes — und legte wiederum den gleichen Verband an. Am folgenden Tage die gleiche Behandlung mit Ausnahme der Anfrischung des Schnittes: Jetzt war aber das Aussehen der Kuppe schon wesentlich günstiger, auch wurden bereits tiefere Nadelstiche gefühlt. Nach weiteren drei Tagen war die Blutzirkulation regelrecht, das Gefühl erheblich gebessert. Im Laufe der Behandlung entfernte ich noch das distale Nagelende, um eine Sekretanhäufung unter ihm zu verhindern, und liess in der letzten Zeit beim Verbandwechsel jeden zweiten oder dritten Tag die Hand längere Zeit in heissem Seifenwasser baden. Nach 28tägiger Behandlung konnte Pat. geheilt entlassen werden: Es bestanden keine irgendwie nennenswerten Beschwerden mehr; sogar Bewegungen im Nagelgelenk konnten in bescheidenen Grenzen bereits ausgeführt werden; die Wunden waren verheilt, und ich zweifle nicht, dass nach Ablauf von Wochen eine annähernde Restitutio ad integrum eingetreten sein wird. — Das Nösskesche Verfahren ist so einfach und die Vorteile beim Gelingen sind so in die Augen springend, dass ich mich dem Wunsche Nösskes, seine Methode in geeigneten Fällen — je schärfer die Durchtrennung, je weniger Gewebe stark gequetscht, desto geeigneter ist der Fall — wenigstens zu versuchen, nur anschliessen kann, um so

mehr, da durch ein Fehlschlagen der Behandlung, abgesehen von einigen Tagen längerer ärztlicher Behandlung, nichts verloren ist, was ja bei dem eventuellen Gewinn gar nicht in die Wagschale zu fallen vermag.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 39.)

— Dr. J. Glück (Abbazia): **Erfahrungen mit Kephaldol.**

1. Als Antipyreticum erwies sich K. als ein prompt wirkendes Mittel. Bei verschiedenen fiebernden Spitzenkatarrhen ist es mir immer gelungen, die Temperatur herabzusetzen, ohne dass ich unangenehme Nebenwirkungen beobachtet hätte. Es erwies sich als ein sehr mild wirkendes Antipyreticum, welches mich nie im Stiche liess.

2. Was die antineuralgische Wirkung des K. betrifft, so hatte ich in der Anstalt bei Kopfschmerzen anämischer Mädchen davon ausgiebigen Gebrauch gemacht. In allen Fällen von Hemikranie und Kephalgie war die Wirkung eine prompte. Nach  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde waren die Kopfschmerzen gewichen. (Dosis 1 g.) — Nebenwirkungen: Herzklopfen, Unwohlsein, Schwindel usw., habe ich in keinem Falle beobachtet.

3. Was nun die antihydrotische Wirkung anbelangt, so möchte ich hier dieses Mittel allen Kollegen, die Pat. mit Nachtschweissen zu behandeln haben, besonders empfehlen. Es ist eigentümlich, dass K., welches als Antipyreticum sogar schweisserzeugend wirkt, bei Phthisikern, die an Nachtschweissen leiden, eine überraschende Wirkung hervorruft, indem es mir gelang, mit 1 g K. die lästigen Schweisse nicht nur abzukürzen, sondern sogar gänzlich zu unterdrücken.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 45.)

— **Ueber Ovaradentriferrin.** Von L. Prochownick (Hamburg).

In erster Linie wurde dieses Medikament Frauen verabreicht, bei denen erschöpfende Krankheiten (ausgeblutete Myome, schwere Adnexerkrankung, doppelseitige Eierstockgeschwülste) entweder durch operative Entfernung der Genitalien oder — seltener — durch natürliche Klimax auf den Weg zur Heilung geleitet wurden. An diese gliederte sich eine zweite Gruppe von Kranken an, bei der trotz erhaltener Eierstöcke oder Eierstocksreste doch Ausfallerscheinungen und Blutarmut scharf hervortraten; ganz gleich blieb dabei, ob bei den Operationen die Gebärmutter erhalten wurde oder nicht. Die befriedigenden und bald eintretenden Erfolge legten Versuche nahe auf dem grossen Gebiete der genitalen Hypoplasien. Gerade hier erzielte

Autor mehr als er erwartete. Die mangelhafte Ausbildung mochte Eierstöcke oder Gebärmutter betreffen, sie mochte mit schmerzhafter oder fehlender Regel, mit Chlorose oder allgemeiner Infantilität verknüpft sein, nahezu stets beobachtete er Besserung der Hauptbeschwerden. Auch Fälle Basedowscher Krankheit, sofern sie mit Hypoplasie der Genitalien zusammentrafen, wurden günstig beeinflusst. Selbstredend ist das Mittel nur auf den vorstehend charakterisierten engen, für den Frauenarzt allerdings genügend weiten Wirkungskreis beschränkt. Selbstverständlich ist das Mittel nicht unfehlbar. Einzelne Personen reagieren darauf nicht; insbesondere sind es solche, bei denen ernstere gynäkologische Erkrankungen mit schweren nervösen bzw. psychischen Störungen zusammentreffen. Endlich ist, wie bei der Gesamtheit dieser Mittel, die Wirkung nur eine temporäre; sie verliert sich nach einiger Zeit, und der Gebrauch muss noch einmal, mitunter zweimal wiederholt werden, bis ein dauernder Erfolg eintritt. Ueber eine dreimalige Anwendung brauchte Autor niemals hinauszugehen. Er hat stets in einem Zyklus 200 Tabletten gebrauchen lassen, fast durchgängig zwei pro Tag, je eine nach der ersten und letzten Tagesmahlzeit; nur selten hat er drei am Tage gegeben. Kostbeschränkung hat er den Pat. nicht auferlegt, falls sie nicht durch andere Forderungen bedingt war. Durch diese Dosierung sind uns Nebenerscheinungen von seiten des Magens erspart geblieben. Wo sie sich — ganz selten einmal — zeigten, wurden sie durch Herabgehen auf eine Tablette pro Tag etwa 1—2 Wochen lang ausgeschaltet; dann wurde wieder auf zwei Tabletten gestiegen. Das Mittel wird von Knoll & Co. in Ludwigs-hafen hergestellt. Jede Tablette enthält 0,3 g Ovaraden und 0,1 g Triferrin. 45 Stück kosten Mk. 1.50.

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1909 Nr. 46.)

---

## Notiz.

Die heutige Nummer unseres Blattes enthält eine Beilage **„Kefyrogen“** von Goedecke & Co., Berlin, auf die wir besonders hinweisen.

---

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
**Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.**



**KNOLL & Co.**



**Ludwigshafen**  
am Rhein.

# Arsen-Triferrin

## **Organisches**

### **Arsen-Eisenpräparat.**

Arsen-Triferrin enthält 22% Eisenoxyd, 0,1% Arsen, und 2,5% Phosphor. Das Arsen-Triferrin passiert den Magen unzersetzt und wird erst im Darm gelöst und leicht resorbiert. Infolge dieses Verhaltens fallen vor allen Dingen die Arsen-Nebenerscheinungen auf die Magenschleimhaut fort. Die therapeutische Wirksamkeit des Arsen-Triferrins wurde von Prof. Mosse in der Senatorschen Klinik, Berlin festgestellt.

#### **Indikationen:**

**Blutarmut, namentlich nach schweren Krankheiten, manche Fälle von Bleichsucht, die der Wirkung von Eisen allein widerstehen. Neurasthenie und nervöse Erschöpfungs- bzw. Schwächezustände, Hysterie, Skrofulose und Hautkrankheiten.**

#### **Dosierung:**

*Dreimal täglich eine Tablette zu 0,3 g. Eine Tablette Arsen-Triferrin enthält 0,05 g Fe und 0,0003 g As.  
Die Tabletten sind zu zerkauen.*

**Preis: 1 Originalflasche mit 30 Tabletten M. L.—.**

**Literatur und Proben kostenlos.**

# In allen Krankheitsfällen

ist Kathreiners Malzkaffee ein durchaus empfehlenswertes Getränk wegen seiner absoluten Unschädlichkeit und seines aromatischen Wohlgeschmackes. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben kostenlos zur Verfügung.

## „Siccator“

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50

Zu haben bei:

**Hermann Ratsch, München, Bayerstr. 25.**

## Asthmainhalations- Zerstäubungsmittel

nach Apotheker Schoellkopf,

ärztlich anerkannt und bestens empfohlen

bei asthmatischem Katarrh u. Asthma-Anfällen, Emphysem,  
Asthma infolge Heuschnupfen und Krampfhusten.

Das zuverlässigste existierende Asthamittel. Original-Packung Mk. 7.50;  
kleine (Probe-) Packung Mk. 3.—; vorzügliche Spray-Apparate Mk. 7.50.

Literatur kostenlos. Zu beziehen durch das

**Chemisch-pharmazeut. Laboratorium „Bavaria“, München.**

Apotheker **R. Schoellkopf.**

# Eisentropon

Kraftnahrung mit Eisengehalt für  
Blutarme, Bleichsüchtige, Nervöse  
— und schwache Kinder. —  
Außerordentlich wohlschmeckend.

== Auch in Tablettenform erhältlich. ==

Literatur und Proben kostenfrei durch  
**Troponwerke Mülheim-Rhein.**



Warum **Kaisers Kindermehl**  
eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis      Proben gratis  
 $\frac{1}{4}$  kg - Dose 65 ¢       $\frac{1}{2}$  kg - Dose M 1.25.

**Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.**

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,  
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

**Dr. Walther Koch's „Praevalidin“**

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer  
und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung  
und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie  
und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-  
roborierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur  
auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Ge-  
brauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

**Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik**  
**in Döhren bei Hannover.**

Deutsch-Südtirol

# Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

## Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

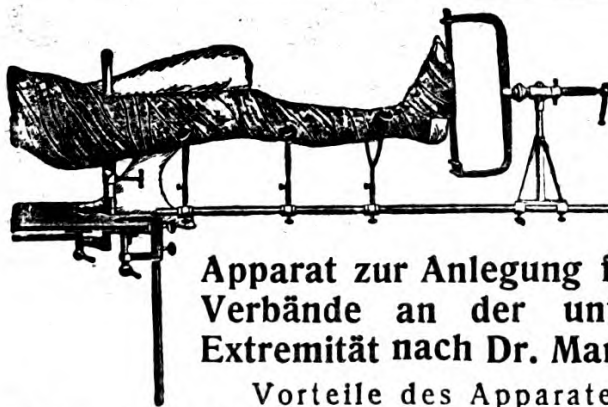
Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt

**Lenicet**  
**Euvaselin**  
**Bleno-Lenicet**  
**Salben**

Dr. R. Reiss'  
Lenicet- u.  
Euvaselinfabrik  
Charlottenburg 4

schwerlös-  
essigsäure  
Tonerde  
in  
Streupulvern,  
Salben:  
Chirurgie,  
Dermatolog.  
Ophthalmolog.  
Gynaecolog.



Apparat zur Anlegung fester  
Verbände an der unteren  
Extremität nach Dr. Manasse

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Opera-  
tion von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
  2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
  3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
  4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.
- Preis Mk. 120.—.** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom  
Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowstr. 18/19,**  
Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.

**Neuheit!**

D. R. P. Nr. 193 523.  
D. R. G. M. Nr. 329 682.

vergl.  
„Zentralblatt  
für  
Chirurgie“  
Nr. 18,  
1908.

ohne  
ärztliche  
Assistenz.



Aus dem Quellniederschlage der Schwefelquellen des Königl. Bades Nenndorf, aus neutraler Seife und Lanolin, wird durch Pillieren hergestellt die überfettete

**Nenndorfer Schwefelseife**

Bestes kosmetisches Mittel bei unreiner Haut, Heilmittel bei nassen und trockenen Ausschlägen und Flechten, Psoriasis vulgaris, Sykosis, Pruritus, Furunculosis etc. etc.

**Nenndorfer Mundwasser**

ist gegen Stomatitis das wirksamste, angenehmste und billigste Mittel zur gründlichen Pflege des Mundes und der Zähne.

Zu haben in den Apoth., ev. durch Apoth. A. Jacobi, Bad Nenndorf b. Hannover.

**Laxin Confect**

**Original Dose (20 Stück) 1-Mark**

**Abführende Fruchtpasten**

von höchstem Wohlgeschmack und sicherer, milder Wirkung.

Proben und Literatur gratis.

Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.

**Nährmittel**

für Säuglinge als Dauernahrung sowie für ältere Kinder und Erwachsene während und nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulverform in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.50.\*

Nährzucker-Kakao in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 1.80.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 2.—.

Leicht verdauliche Eisenpräparate, klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

== Den Herren Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei. ==

**Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., Pasing b. München.**

# *Albin*

## **H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-Zahnpasta**

stark desinfizierend und desodorisierend, dabei völlig ungiftig. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, foetor ex ore u. dgl.

# *Lactagol*

## **Spezifisches Lactagogum**

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten, Berufungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

# *Vasogen*

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne  
• man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

---

## **Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.**

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

**Alleinige Inseraten-Annahme:**

**A. Friedr. Hedtke, Berlin-Schöneberg, Hohenfriedbergstr. 17.**

**XIX.**  
**Jahrgang.**

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**Einzelpreis 45 Pf.**

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—  
zuzüglich Porto.

**№ 7.**

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**  
aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

**Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.**

## Inhalts-Verzeichnis:

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. — Augenentzündungen. — Blutungen. —  
Erysipel. — Intoxikationen. — Menstruationsanomalien. — Panaritium. —  
Rheumatismen. — Scabies. — Seekrankheit. — Syphilis. — Tuberkulose. —  
Vermischtes.

# Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzenelweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. = Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2–6 Tabletten täglich. = Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzenelweiß gebundenes J = Literatur und Proben kostenfrei.

**Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz**

**CARL SALLMANN IN LEIPZIG.**

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
Elberfeld-Leverhusen a. Rh.

---

# Citarin

harnsäurelösendes Formaldehydderivat

vortreffliches Mittel gegen

**typische Gicht**

vor allem bei akuten Anfällen

ohne Nebenwirkungen, angenehm im Geschmack, prompt  
schmerzstillend.

Sobald die ersten Anzeichen des Anfalls sich bemerkbar  
machen, in massiven Dosen zu nehmen: 2 g, abklingend  
5—4—3—2 mal täglich, in kaltem Wasser gelöst.

Rp. Citarin-Tabletten à 2 g Nr. X „Originalpack. Bayer“.

## Hervorragende Chemiker

haben in zahlreichen Analysen die tadellose  
Beschaffenheit der „Kaiser Friedrich-Quelle“,  
Offenbach a. M., und deren konstante Zusammen-  
setzung in bezug auf die mineralischen Bestand-  
teile festgestellt. **Als Natron-Lithion-  
Quelle vornehmsten Ranges** nimmt  
sie einen anerkannten Platz in der Therapie,  
namentlich der **Gicht und harnsauren  
Diathese**, ein. Indiziert bei allen Stoff-  
wechselerkrankungen.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die  
Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.



# SALEN.

D. R. P.

leicht resorbierbarer, geruchloser,  
vollständig reizloser Salizylsäureester  
zur externen Behandlung von Rheumatosen,  
sowie bei akuten Gichtanfällen.

Rp. Salen. spir. aa 10,0 S. äusserlich.  
Bei akuten Gichtanfällen: Rp. Salen. pur. 15,0 S. zum Aufpinseln.

## SALENAL

Ungt. Salenae mit 33 $\frac{1}{3}$ % Salen. pur.

Bequemste und billigste Anwendungsweise von Salen.

### Kassenpraxis

Rp. 1 Originaltube Salenal (ca. 30 g entsprechen 10 g Salen. pur.)  
M. 1,10.

**Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).**

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

### Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz  
des versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze <sup>zu</sup> Trinkkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

### Dr. Ernst Sandow's Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch,

(auch Kohlensäure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20,  
30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

### Augenbäder

mit Lösung von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift  
des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarthal. u. entzündl. Augenerkrankungen,  
sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

**Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.**

# Xeroform

**Völlig ungiftiges Wundstreupulver.**

Reizlos, sterilisierbar, austrocknend, kräftiges Desodorans  
und von großer epithelbildender Kraft.

Vermindert die Bildung von Wundsekreten und verringert  
dadurch die Infektionsgefahr.

**Hervorragend geeignet für Trockenverband.**

Seltener Verbandwechsel.

Spezifikum bei **nässenden Ekzemen, Ulcus cruris,  
Brandwunden.**

---

# Collargol

wirksam und unschädlich

bei **Infektionen**

des **Auges**

Conjunctivitis, Ophthalmia neon., Keratitis, Ulcus  
corneae;

der **Nasenrachenhöhle**

Stomatitis, Nebenhöhleneiterung;

des **Ohres**

Mittelohreiterung;

des **Urogenitalsystems**

Cystitis, Pyelitis, Gonorrhöe, Endometritis;

bei **infizierten Wunden.**

**Anwendungsweise:** Pinselungen, Dauerinjektionen, Instillationen, Tam-  
pons, Stäbchen, Globuli etc

(1—5 %ige Lösung, 5—15 %ige Salbe.)

---

# Ichthynat

Wie **Ichthyol** aus Tiroler Fischkohle, aber **viel billiger.**  
Anzuwenden wie Ichthyol.

---

Proben und Literatur kostenfrei.

**Chemische Fabrik von Heyden,  
Radebeul-Dresden.**

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**April**

**XIX. Jahrgang**

**1910**

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. Zur Hautdesinfektion bei internistischen Eingriffen.**

Von Professor Umber (Altona). „In der chirurgischen Praxis scheint die Grossichsche Desinfektionsmethode der Haut mehr und mehr Eingang zu finden, und ich halte es nicht für überflüssig, sie auch den Internisten und Praktikern hier auf Grund meiner eigenen Erfahrungen wärmstens zu empfehlen. Das Desinfektionsverfahren, das ich durch meinen chirurgischen Kollegen König vor etwa Jahresfrist kennen lernte, hat sich mir seitdem bei allen Probepunktionen, Punktionen (Pleura-, Bauch-, Perikard-, Spinalpunktionen), Tracheotomien, perineuralen Infiltrationen vortrefflich bewährt und ist wegen seiner Einfachheit und Annehmlichkeit für den Kranken besonders zu loben. Das Verfahren besteht darin, dass die Haut in der Umgebung der Operationsstelle ganz einfach trocken, eventuell nachdem sie trocken rasiert ist, mit Jodtinktur bepinselt wird. Dadurch werden die Keime der Haut offenbar völlig unschädlich gemacht, die durch das intensive Waschen und Scheuern früherer Desinfektionsverfahren eher mobilisiert wurden. Dass wir einem hinfälligen Kranken, bei dem eine Punktion notwendig ist, durch dieses einfache Verfahren die ihm — wie jeder weiss — lästigen und erschöpfenden, langdauernden desinfizierenden Waschungen der Operationsstelle ersparen können, ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Seit einem Jahr verwenden wir auf der Abteilung und sonst am Krankenbett ausschliesslich dieses Verfahren, ohne je einen Nachteil davon gesehen zu haben.“

(Die Therapie der Gegenwart, Dezbr. 1909.)

- **Modifizierung der Hautdesinfektion des Operationsfeldes nach Grossich.** Von Dr. A. Bogdán (Komitatskrankenhaus in Balassa-Gyarmat). Autor reinigt die Haut vor Applikation der Jodtinktur mit 1%igem *Jodbenzin*. Das Vorgehen gestaltet sich folgendermassen: Kommt ein Kranker ohne vorherige Spitalspflege direkt zur Operation (z. B. eingeklemmter Bruch, frische Verletzungen usw.), so wird er trocken rasiert, hierauf desinfiziert. Ist der Kranke schon in Spitalspflege gestanden, so wird er tags vorher oder früh morgens am Operationstage mit Seife rasiert, ein neuerliches Baden für die Operation ist unnötig. Auf dem Operationstische wird er dann desinfiziert. Die Jodbenzinabreibung macht Autor mit reichlich befeuchtetem sterilen Wattebausch und nimmt zwei bis drei frische Bäusche nacheinander. Die Abreibung dauert 1—2 Minuten. Zur Jodtinkturbepinselung dient ein mandelgrosses, steriles Wattebäuschchen in eine Pince gefasst. Autor drückt damit vorerst die Haut ein, bildet eine Grube, wo die Jodtinktur aufgegossen wird und verreibt dieselbe in der gewünschten Ausbreitung. Er hält es für wichtig, dass diese Prozedur mehrmals wiederholt wird und die Haut einige Minuten feucht von der Jodtinktur gehalten wird, damit sie in die Poren gut eindringen kann und auch die Alkoholwirkung besser zur Geltung komme. Abgesehen von vorübergehenden Oedemen an den feineren Häuten, z. B. manchmal am Skrotum, hat Autor nie üble lokale oder allgemeine Folgen davon gesehen, und betreffs Desinfektionskraft sind die Resultate vorzüglich. Er hofft, dass diese nicht unwesentliche Modifikation des Verfahrens von Grossich viele zur Anwendung dieser bequemen Methode anregen wird.

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 3.)

- **Zur Hautdesinfektionsfrage.** Von Dr. A. Zabłudowski (Chirurg. Spitalklinik in Moskau). Autor empfiehlt 5%ige *Alkohol* (95%) *-Tanninlösung*. Reinigung der Hände und des Operationsfeldes zwei Minuten lang mit in dieser Lösung getränkter Gaze ergab bakteriologisch und klinisch tadellose Resultate. Durch vorhergehendes Waschen mit Wasser und Seife wird der Erfolg nicht beeinflusst.

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 8.)

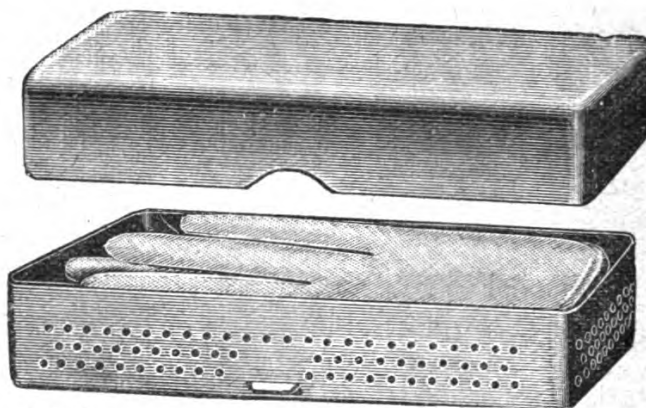
- **Der Azetonalkohol in der Desinfektion des Operationsfeldes.** Von Prof. Dr. O. v. Herff (Frauenspital Basel). Azetonalkohol hält Autor für das beste zurzeit bekannte Desinfektionsmittel für die Haut. „Ganz besonders eignet sich

Azetonalkohol zur Desinfektion eines Haarbodens, bekanntlich eine noch ungelöste Aufgabe. Allerdings genügt die erzielte Keimverarmung noch nicht ganz den Ansprüchen. Für diese Fälle, aber auch sonst als verdoppelte Sicherheit muss noch ein weiterer ‚Wundschutz‘ hinzukommen. Dieser wird am besten mit den billigen alkoholischen oder ätherischen Harzlösungen vorgenommen. Die Hautporen werden verklebt, jene Tiefenkeime, die der Wirkung des Azetonalkohols entgehen oder die während langdauernder Eingriffe mit Nachlass der schrumpfenden Wirkung des Azetonalkohols aus der Tiefe vordringen wollen, werden zuverlässig abgesperrt. Die so erzielte Keimarmut eines Haarbodens genügt allen billigen Anforderungen. Früher verwandte ich mit allerbestem Erfolge folgende Tinktur: Benzoë, Resina Damar aa 10 g, Aether ad Colaturam 100 g, Thymol 0,5 g. Da diese Lösung aber farblos ist, verwende ich jetzt statt des Thymols einen Zusatz von 20% einer alkoholischen Jodjodkalilösung (Jod 7, Jodjodkali 5 auf 100 Alkohol), wie es Herzfeld empfohlen hat. Technik: Seit Oktober 1907 wird in meiner Klinik das Operationsfeld, gleichgültig wo es liegt, ausschliesslich wie folgt desinfiziert: Keinerlei besondere Vorbereitung, wie Sublimatüberschläge, die die Kranken nur quälen, aber nichts nützen. Keine Wasserseifenwaschung, auch nicht an der Vulva. Die trockene Haut wird etwa fünf Minuten lang mit Flanelläppchen mit Azetonalkohol aa gut abgerieben. Abtupfen des Ueberschusses, Aufpinseln des Wundschutzes, mit dem auch die Schutztücher der Haut angeklebt werden. Nach der Operation trockenes Abtupfen der Wundflüssigkeiten, Aufpinseln des Wundschutzes auf die Naht. Verband. Nur die Scheide wird, weil sie das Abreiben nicht verträgt, und auch kein Fett zu lösen ist, mit einer 3%igen alkoholischen Jodlösung ausgespült, dem einzigen eigentlichen Desinfiziens, das man in meinem Operationssaal findet.“

(Zentralblatt f. Chirurgie 1909 Nr. 52.)

- Eine portative **Sterilisierbüchse** für **Gummihandschuhe** nach Prof. Flesch stellt Ludwig Dröll (Frankfurt a. M.) her. Die Handschuhe werden gut mit Talkum eingepudert, in Mull gehüllt und in der auseinandergezogenen Büchse im Wasserdampf sterilisiert; alsdann schliesst man die Büchse durch Zusammenschieben. Die Handschuhe bleiben steril bis zum Gebrauch. Die Büchse kann auch zur Selbsterstellung von sterilen Einzelverbänden benutzt werden; man kann Watte, Kompressen, Binden usw. darin bequem

zum Mitnehmen sterilisieren. Jedes Kochgefäß ist zu verwenden, wenn man die Büchse auf eine Unterlage so stellt, dass sie vom Dampf durchströmt wird. Die Grösse der Büchse  $15 \times 8 \times 2\frac{1}{2}$  cm erlaubt ein leichtes Unterbringen im Besteck oder in der Rocktasche. Preis: 5 Mk.



L. DRÜLL.

Sie wurde im Königlichen Institut für experimentelle Therapie geprüft, und Prof. Neisser teilte mit: „Nach einhalbstündigem Sterilisieren in strömendem Dampf blieben die den Handschuhen beigelegten, mit Staphylococcus aureus, Bacterium coli und Milzbrand infizierten Paketchen steril. Zweimaliger Versuch.“

- Einen **Apparat zur Schnellsterilisation und aseptischen Aufbewahrung von Kathetern** empfiehlt Dr. H. B. Herring (London). Er besteht aus einer kleinen Flasche mit aufgesetztem Trichter von etwa 60 ccm Inhalt, welche Wasser und flüssiges Vaseline im Verhältnis von 10:1 enthält; einer Röhre für das zu sterilisierende Instrument, in der Mitte aussen mit einer kurzen Filzhülse versehen; einem Trichter, dazu bestimmt, das Wasser, welches bei der Sterilisation aufwallt, aufzunehmen, mit einer Führung zur Aufnahme des oberen Endes der Röhre und einem Ständer, an dem diese drei Teile befestigt sind. Das konische untere Ende der Röhre, das markiert ist, wird in den Trichter der Flasche gesteckt, die seitlichen Griffe zusammengepresst, um die Führung heben und über das obere Ende der Röhre bringen zu können. Die Flasche wird nun über die Flamme gedreht. Sobald das Wasser kocht, steigt ein Teil mit dem Vaseline aus der Flasche durch die Röhre in den oberen Trichter, wodurch der Katheter nicht nur einem Strom von siedendem Wasser,

sondern auch einer Dampfsäule unter gelindem Druck ausgesetzt wird. Das siedende Wasser im oberen Trichter kann auch zur Sterilisation der Metallkappen verwendet werden, wenn die Tuben für späteren Gebrauch verschlossen werden sollen. Nach kurzem Aufkochen wird die Flamme von der Flasche weggedreht, das Wasser rinnt in die Flasche zurück, und durch Zusammendrücken der seitlichen Griffe wird der Tubus herausgehoben. Der Katheter ist steril und gut eingefettet; wird er erst später benutzt, so wird der Tubus durch Metallkappen verschlossen. Es können jetzt andere Tuben mit Kathetern eingeschoben und sterilisiert werden, nachdem man etwas Wasser und Vaseline nachgegossen hat. In  $\frac{1}{4}$  Stunde kann man bis zwölf Instrumente behandeln. Der Apparat wird hergestellt von J. Leiter in Wien.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 49.)

### **Augenentzündungen. Spiro. Zur Behandlung der**

**Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen.** (Aus der Univers.-Augenklinik in Rostock.) Die Bleno-Lenizetsalbenbehandlung, die empfohlen worden ist, gewährt nach Sp. keine Vorteile, weshalb man am besten tut, der Protargol-Argentum-Methode treu zu bleiben. Das in der Rostocker Klinik geübte Verfahren skizziert Sp. wie folgt: „Zu Beginn der Erkrankung wird ein- bis zweimal täglich 10%ige Protargollösung in den Bindehautsack eingeträufelt; dabei werden die Lider wiederholt auseinandergezogen, um alles Sekret aus dem Bindehautsack zu entfernen, weiter mehrmals horizontal gegeneinander verschoben, so dass die Lösung in alle Buchten des Bindehautsackes befördert wird. Jede besondere Ausspülung wird dadurch entbehrlich gemacht. Daneben wird zweistündlich das durch Auseinanderziehen der Lider vortretende Sekret äußerlich abgewischt und es werden eiskühlte Kompressen äußerlich aufgelegt. Hat die Gerinnbarkeit des Sekretes aufgehört und ist nach 10—12 Tagen keine Anschwellung eingetreten, so wird die Bindehaut täglich einmal mit 2%iger, nach Abnahme des Reizzustandes mit 1%iger Argentrüfung gepinselt. Die zweistündlichen Kühlungen usw. werden daneben fortgesetzt. Nur bei sehr starker Schwellung der Schleimhaut wird der mitigierte Stift angewandt. In die Klinik aufgenommen werden nur die auswärtigen Kranken, ausnahmsweise solche Kinder aus der Stadt, bei denen die häuslichen Verhältnisse auch die geringe Fürsorge, welche das Verfahren von den An-

gehörigen fordert, nicht erwarten lassen. Alle übrigen Kinder bleiben grundsätzlich in ihrer Familie und werden nur täglich zur Poliklinik vorgestellt. Der Hauptvorteil des Verfahrens ist, dass die eigentliche Behandlung ausschliesslich in den Händen des Arztes liegt und nur ein- höchstens zweimal täglich vorgenommen zu werden braucht. Die Tätigkeit der Angehörigen beschränkt sich darauf, die Lider auseinanderzuziehen, das Sekret äusserlich abzuwischen und Kompressen aufzulegen; Verletzungen der Hornhaut sind dabei so gut wie ausgeschlossen. Im Gegensatz hierzu ist das Einstreichen der Bleno-Lenizetsalbe mittels Glasstabes in den unteren Bindehautsack, wenn es wie bei zweistündlicher Ausführung ausserhalb klinischer Behandlung stets erforderlich, Laien überlassen werden muss, keinesfalls einfach und unbedenklich.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 34.)

— **Augenverletzung durch „Rasillit“.** Von Dr. C. Cohen (Breslau). Rasillit ist ein Pulver, das, zu einem Brei verrührt und auf die Barthaare aufgetragen, diese innerhalb weniger Minuten beseitigt, ohne dass man ein Rasiermesser benutzt. Einem Herrn spritzte bei der Anwendung der Masse etwas davon ins Auge. Dieses schmerzte sofort und schwoll erheblich an. Eine anwesende Pflegerin befreite das Auge sofort von den eingedrungenen Massen, was aber nicht verhinderte, dass sich eine heftige Conjunctivitis entwickelte. Autor machte nun mit dem „R.“ Tierversuche am Auge und fand als Folge der Applikation das gleiche Bild wie bei schwerer Kalkverätzung. Aus den Versuchen ging hervor:

1. Das „R.“ ist für das Auge ein höchst gefährlicher, aggressiver Körper. Es verursacht bei längerem Verbleiben im Bindehautsack Nekrosen der Bindehaut und Hornhaut und führt durch narbige Degeneration der Hornhaut zu völliger und dauernder Erblindung.

2. Diese deletären Folgen zieht das Eindringen von „R.“ sowohl im trockenen, pulverförmigen (im Handel geführten) Zustande als auch im breiartig angerührten (rasierfertigen) Zustande nach sich.

3. Bei ganz kurzdauerndem Verbleiben des „R.“ im Bindehautsacke (drei Minuten!) tritt bereits eine stürmische Bindehautentzündung und Trübung der Hornhaut auf.

Die chemische Untersuchung des „R.“ ergab als Hauptbestandteile: Schwefel, Kalk, Magnesia. Der Pat. hatte



es lediglich der Anwesenheit einer gewandten Pflegerin zu danken, dass sein Auge nicht schweren und dauernden Schaden erlitt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1910, Nr. 7.)

### **Blutungen. Beitrag zur Hämophilie mit spezieller Berücksichtigung der Gerinnungsverhältnisse des Blutes an Hand von Gerinnungskurven.**

Von Dr. K. Kottmann und cand. med. A. Lidsky (Bern). Die demonstrierten Hämophiliekurven, die mit einer Methode gewonnen wurden, welche exaktere und vollständigere Gerinnungsanalysen erlaubt, als es bisher möglich war, führen mit Sicherheit zu dem Resultate, dass bei der Hämophilie die Bildung des Fibrinfermentes behindert ist, und zwar infolge Mangel an Thrombokinase, und es steht heute unzweifelhaft fest, dass das Wesen der Hämophilie in mangelhafter gerinnungsbefördernder Kraft der Blut-, wahrscheinlich auch der Gefäß- und vielleicht aller anderen Zellen überhaupt gelegen ist, deren Protoplasma fermentativ minderwertig zur Entwicklung gelangt, unter Befolgung bestimmter Vererbungsgesetze, deren tiefere Ergründung noch der Aufklärung harret. Die eklatante Wirksamkeit von Serum- oder Thrombokinasenzusatz, wie sie plastisch sich auf den Kurven abspiegelt, kann natürlich nicht ohne weiteres als Stütze der therapeutischen Bestrebungen verwertet werden, die hämophilen B. durch allgemeine Zufuhr von fibrinfermenthaltigen Agentien zu behandeln, weil in den Versuchen der Fermentzusatz zum Blute ausserhalb des Körpers erfolgte. Leider hatte Autor keine Gelegenheit, die von Weil inaugurierte Serumtherapie der Hämophilie, wobei jedes Serum zu intravenösen oder subkutanen Injektionen verwendet werden kann, wenn es nur frisch ist, an Hand der Gerinnungskurven zu beurteilen. Dass die lokale Applikation von Ferment die B. zum Stillstand bringen kann, geht besonders schön aus der Beobachtung Bienwalds hervor, der schon 1897 nach allen vergeblichen Versuchen, eine kleine Schläfenverletzung eines Bluters zum Stehen zu bringen, in seiner Bedrängnis auf den glücklichen Gedanken kam, gesundes gerinnungsfähiges Blut in die Wundhöhle zu spritzen, nachdem das Kind, um ein Hinausfliessen zu verhüten, passend gelagert war. Bienwald erklärte auch den sofort einsetzenden therapeutischen Erfolg mit der richtigen Anschauung, dass das fremde Blut bei seiner Gerinnung die Wundhöhle bis in ihre feinsten Buchten hinein sorgfältiger ausfülle als es ein Gazetampon vermag, dass aber neben diesem rein me-

chanischen Moment auch ein chemisches vorliege, indem das eingespritzte Blut diejenigen Fermente vor die Mündung der kleinen Gefässe zuführe, die dem Blute des Hämophilen eben fehlen, wodurch dann die vaskuläre Thrombosierung befördert wird. Hämophile Pat., die, wenn sie auf dem Lande wohnen, oft nicht so leicht den Arzt erreichen, können bei dringlichen B. die kostbare Zeit durch Selbsthilfe nützen, indem ihre Angehörigen die Tamponierung mit frischem Tierblut oder aus demselben frisch bereitetem Serum versuchen, da frisch bezogenes Serum nicht jederzeit zur Verfügung stehen kann. Sie können aber auch durch Instruktion in den Stand gesetzt werden, auch eventuell ohne ärztlichen Beistand, die Durchtränkung des Tampons aus selbstbereiteter Thrombokinasenlösung vorzunehmen, die sich rasch und einfach in genügender Menge durch wässrigen Auszug aus einer zerhackten und zerriebenen frischen Kaninchen- oder anderen Tierleber darstellen lässt. Nach Filtrieren durch ein spezielles Passier- oder gewöhnliches Tuch stellt die trübe Aufschwemmung ein für Hämophile rationelles, jederzeit frisch zu beschaffendes Hämotypikum dar, das nicht wie zugeführtes fertiges Fibrinferment sehr bald inaktiv wird, sondern bei der Berührung mit Blut stets neue Fermentmengen frei macht, so dass diese in statu nascendi zu bester Wirkung kommen können.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 1.)

- **Kafemann, Der Verlauf einer Blutung nach einer Adenoidoperation bei einem Bluter.** K. entschloss sich, einen zwölfjährigen, mit typischen Adenoiden und mässig vergrösserten Tonsillen behafteten Knaben zu operieren, obwohl aus der Anamnese hervorging, dass er es mit einem Bluter zu tun hatte. Allerdings sollten die Eingriffe erst probeweise und unter grossen Kautelen vor sich gehen. Erst machte er eine Probeexzision an der rechten unteren Tonsille; es trat weder unmittelbar nachher, noch einige Stunden später eine Blutung auf, ja es blutete überhaupt nicht. Eine Woche später wurde die ganze Tonsille mit der Hartmannschen schneidenden, von der Firma Pfau modifizierten Zange entfernt. Die Blutung nach dieser Operation war gleichfalls unbeträchtlich, es fand auch keine Nachblutung statt. Eine Woche später Entfernung eines etwa bohnergrossen Lappens der Adenoiden mit der kalten Schlinge von vorne. Wiederum nur äusserst geringe Blutung. Keine Nachblutung. Nun glaubte K. berechtigt zu

sein, die Adenoiden in der tausende von Malen von ihm ausgeführten Weise mittels des Gottsteinschen Messers (Fabrikant Detert, Berlin) zu entfernen. Nach sorgfältiger Kokainisierung entfernte er in zwei Zügen die Adenoiden. Die Operation konnte bei dem ganz ungewöhnlich ruhigen Knaben in einer selten vollkommenen Weise ausgeführt werden. Der links und rechts aufgesetzte vorzüglich schneidende Gottstein entfernte, ohne dass ein besonderer Kraftaufwand dabei nötig gewesen wäre, die gesamten Tonsillen; nicht der geringste Widerstand setzte sich der Schnittführung entgegen. Es verlief auch diese Operation unter ganz geringem Blutverlust. Jetzt glaubte K. in bezug auf diesen Knaben die Berechtigung der Annahme einer hämophilischen Disposition bezweifeln zu müssen. Leider triumphtierte er zu früh. Um 12 Uhr hatte er die Operation vorgenommen, aber schon um 3 Uhr nachmittags wurde er von der in seinem Hause wohnenden Mutter mit der Angabe geholt, dass soeben eine starke Blutung aus der linken Nasenseite eingesetzt hätte. Mit den zur Blutstillung bestimmten, stets gebrauchsfertig bei ihm zusammengestellten Drogen und Instrumenten bewaffnet, begab er sich zu dem Pat. In der Tat konstatierte er eine kontinuierliche und sehr starke Blutung, und zwar vorwiegend aus der linken Nasenseite. Die sofortige Kompression der Wunde erschien absolut erforderlich. Das Verfahren ist in kurzen Worten folgendes: Der mit steriler Gaze umwickelte Kompressor nach Schütz wird mit einer Adrenalinlösung (1,0:1000,0) stark befeuchtet; dann werden mehrere Tropfen von flüssig gemachtem Acid. trichlor. acet. auf die konkave Seite heraufgeträufelt, das Ganze wird reichlich mit Kokain bepudert. Mit einem feinen rechtwinklig abgekrümmten Haken wird der weiche Gaumen nach vorn gezogen und dann das derartig armierte Instrument auf die blutende Fläche geschoben, dieselbe längere oder kürzere Zeit komprimierend. Eine Kompression von der Dauer von 2—3 Minuten hat sich stets selbst in den schwersten Fällen von Nachblutung zur definitiven Stillung der Blutung als ausreichend erwiesen. Auch hier stand nach zwei Minuten die Blutung. Aber nach einigen Stunden kehrte sie wieder. Abermals half das genannte Verfahren, doch wieder nur für wenige Stunden. Und so ging es einige Male weiter, bis sich K. entschloss, Serum — in Ermangelung frischen Pferdeserums möglichst frisches Antidiphtherieserum — anzuwenden und damit die Wunde zu imprägnieren. Vorher liess er aber

noch  $\frac{1}{2}$ stündlich von folgender Lösung einen Esslöffel nehmen:

Rp. Calcii chlorat. puriss. crystall. 4,0  
Syr. Menth. 50,0  
Aq. dest. 100,0.

Es trat keine neue Blutung mehr auf, und die Anwendung des Serums erübrigte sich. Ob dieser Effekt den 4 g Calc. chlorat. zuzuschreiben ist, oder ob der Stillstand der Blutung ein spontaner war, will K. nicht entscheiden.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 40.)

— **Ueber die Auffassung und Behandlung von Uterusblutungen und Zervikalkatarrhen.** Von Prof. Dr. E. Opitz (Akad. Frauenklinik Düsseldorf): In neuerer Zeit hat Autor mit sehr gutem Erfolge in einigen sehr hartnäckigen Fällen statt eines Aetzmittels Leukofermantin verwandt. Wer häufig „Erosionen“ mikroskopisch untersucht hat, wird bestätigen, dass in vielen Fällen statt des bekannten Bildes der Erosion, wie es von Ruge-Veit beschrieben wurde, oder auch neben diesem Bilde sich richtige Exkoriationen finden, unter denen die oberflächlichen Gewebsschichten von dichten Rundzelleninfiltraten durchsetzt sind. In solchen Fällen ist der Ausfluss stark eitrig, nicht rein schleimig. Es lag nahe, auch hier an die tryptische Fermentwirkung der Leukozyten zu denken, die von Eduard Müller und Jochmann eingehend studiert wurde. Man kann sich vorstellen, dass diese Fermentwirkung ein Hindernis für die Heilung abgibt. Ebenso, wie es bei heissen Abszessen gelingt, die Gewebseinschmelzung und Eiterung durch Einbringen antifermenthaltigen Serums aufzuhalten, lässt sich eine ähnliche Wirkung für derartige eitrig-eitrige Zervikalkatarrhe und Erosionen denken. Autor hat zu den Versuchen nicht das ja für ihn leicht erreichbare menschliche Serum, sondern, um eine Verwendung auch ausserhalb der Kliniken zu ermöglichen, das von Merck nach den Angaben von Eduard Müller hergestellte Leukofermantin benutzt, das die gleiche Antifermentwirkung besitzt wie das menschliche Serum. Er hat nun in einer Reihe von hartnäckigen Fällen schnelle Verminderung und Heilung des Ausflusses eintreten sehen, die vorher jeder Behandlung getrotzt hatten. Bei mehr schleimigem Ausfluss blieb die Wirkung aus oder war sehr gering. Die Anwendung ist sehr einfach. Die Portio wird eingestellt und angehakt,

der Zervikalkanal sorgfältig vom eitrigen Schleim gereinigt und nun ein reichlich mit Leukofermantin getränkter Gazestreifen hoch in die Zervix eingeführt. Das Ende des Streifens wird aus der Vagina herausgeleitet und von der Pat. nach 24 Stunden entfernt. Dann macht sie Spülungen und nach 2—7 Tagen wird das Verfahren wiederholt. Nebenbei bemerkt Autor, dass in einem Falle von schon monatelang vergeblich behandelter Vulvovaginitis bei einem fünfjährigen Mädchen wenige Injektionen von Leukofermantin in die Vagina genügten, um die Sekretion dauernd zum Schwinden zu bringen. Das Verfahren ist bei seiner Ungefährlichkeit und leichten Anwendbarkeit weiterer Prüfung wert. (Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 1.)

### **Erysipel. Ueber den therapeutischen Wert der Stauungs-**

**hyperämie bei E.** Von Priv.-Dozent Dr. G. Jochmann und Dr. Ch. Schöne (Rud. Virchow-Krankenhaus Berlin). Das Ergebnis der mitgeteilten Untersuchungen über den therapeutischen Wert der Stauung bei E. lässt sich dahin zusammenfassen, dass wohl in der Mehrzahl der Fälle schnelle Heilung erfolgte, charakterisiert durch raschen Temperaturabfall und Besserung des Allgemeinbefindens, ein Viertel der Behandelten jedoch keine Besserung erkennen liess. Es scheint, dass in den leichteren und mittelschweren Fällen von Rose die venöse Stauung die Widerstandsfähigkeit des befallenen Körperteils gegen die Streptokokkeninfektion zu steigern und die Heilung zu beschleunigen vermag, dass aber diese Unterstützung bei sehr schweren Infektionen nicht ausreicht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 48.)

### **Intoxikationen. Ueber unzuverlässige moderne Handels-**

**präparate des Apomorphins.** Von Prof. Dr. E. Harnack und Priv.-Doz. Dr. H. Hildebrandt. Die Autoren haben sich davon überzeugt, dass jetzt neben zuverlässigen Präparaten (Merck usw.) „Apomorphine“ vorkommen, die für die arzneiliche Anwendung als völlig unbrauchbar anzusehen sind. Die bezüglichen Präparate unterscheiden sich schon durch Aussehen und chemisches Verhalten von dem reinen „Apomorphin hydrochlor.“ des Handels und der Pharmakopoe nicht unwesentlich. Während das letztere glitzernde Kriställchen bildet, die einen leisen Stich ins Grünlichgraue zeigen, deren wässrige Lösung neutral (oder vielmehr meist ganz schwach alkalisch) reagiert und sich beim Stehen bald immer stärker grün färbt, ist jenes Prä-

parat schneeweiss, viel voluminöser, etwa an zerriebenes Morphinsalz erinnernd, und die wässrige Lösung schwach sauer, beim Stehen sich kaum verfärbend. Es stimmen also bereits wichtige äussere Eigenschaften mit reinem Apomorphinsalz nicht überein. Eine genauere Untersuchung ergab denn auch mit voller Sicherheit, dass in dem Präparate ein Gemenge vorliegt und dass die Stärke seiner emetischen Wirkung beim Hunde, der so überaus empfindlich dagegen ist, nur ein Viertel bis höchstens ein Drittel der Wirkungsintensität des reinen Apomorphin. hydrochlor. entspricht. Auch auf anderem Wege war ohne besondere Schwierigkeit nachzuweisen, dass das Präparat mindestens aus zwei verschiedenen Substanzen, und zwar Hydrochloriden, besteht. Führt man letztere in die viel schwerer löslichen Salizylate über und lässt fraktioniert auskristallisieren, erhält man zuerst glitzernde Kristalle, die farblos sind so und bleiben, dann beim Ruhen ganz andere Kristalle in Drusen, die bald grün und schwarz werden, während die Mutterlauge grünlich bleibt. Die später ausgeschiedenen Kristalle bestehen aus Apomorphinsalizylat, die ersteren — das hat sich mit annähernder Sicherheit feststellen lassen — aus dem entsprechenden Salze des Trimorphins. Dass die arzneiliche Anwendung solcher Gemenge an Stelle reinen Apomorphins völlig unstatthaft ist, bedarf nicht erst der eingehenderen Begründung. Der Arzt kann nicht ahnen, was er aus der Apotheke erhält und dem Kranken unter die Haut spritzt. Wenn der Arzt etwa, um rasch Erbrechen zu erregen,  $\frac{1}{3}$  der Maximaldosis, also etwa 7 mg gibt, so sind das vielleicht 2 mg Apomorphin und 5 mg Trimorphin! Die emetische Wirkung versagt, und der Arzt steigert die Dosis. Dabei kann er bald mit der Maximaldosengrenze in Konflikt kommen, zugleich aber können ganz unerwartete, ja gefährliche narkotische Wirkungen eintreten. Es ist jetzt schon wahrscheinlich, dass das Trimorphin auch beim Menschen heftiger wirken wird als das ohnehin schon recht giftige Morphin, etwa wie Heroin u. dgl. Hieraus gewinnen wir jetzt auch eine plausible Erklärung dafür, warum in einem Teil der nach arzneilicher Apomorphinanwendung beobachteten Vergiftungsfälle so bedrohliche Erscheinungen von Atmungs lähmung eintraten. Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, dass es sich in jenen Fällen, wovon man natürlich nichts ahnen konnte, um solche Gemenge von Apomorphin mit Trimorphin oder ähnlichen Polymerisierungsprodukten des Morphins gehandelt hat. Ebendaher begreift es sich wohl

auch, warum seinerzeit ein französischer Autor bei Versuchen mit amorphem Apomorphin intensiv narkotisch-lähmende Wirkungen bei Warmblütern beobachtet hat, während wir uns überzeugen konnten, dass reines amorphes Apomorphinsalz von E. Merck genau so wirkte wie das reine kristallisierte, das, wie schon vor 35 Jahren festgestellt wurde, bei Warmblütern zentral erregt, aber nicht lähmt, in exzessiven Dosen sogar die fürchterlichsten epileptiformen Krämpfe erzeugt. Schützen kann sich der Arzt vor unliebsamen Ueberraschungen einigermaßen dadurch, dass er ein Apomorphin, dessen Lösung sich nicht bald nach ihrer Herstellung beim Stehen deutlich grün färbt, verwirft und dem Apotheker eine diesbezügliche Benachrichtigung zukommen lässt.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 1.)

- **Chronische Pilokarpinintoxikation.** Von Prof. Elschnig (Prag, Deutsche Univers.-Augenklinik). Autor schreibt: „Das Krankheitsbild, das ich als chronische Pilokarpinvergiftung auffassen muss, mag durch folgende Beobachtung erläutert werden. K., Karl, 27 Jahre, aufgenommen auf die deutsche Augenklinik Prag 17. Juni 1908. Seit zehn Jahren Glaukom an beiden Augen, das unter täglich mehrmaliger Einträufelung von 2%iger Pilokarpinlösung in beide Augen unter Vergrösserung der Augäpfel (Hydrophthalmus) zu hochgradiger Sehstörung geführt hatte. Seit mehreren Jahren leidet Pat. an zunehmender ‚Nervosität‘, Blutwallungen gegen den Kopf, hochgradiger Reizbarkeit, heftigem Erbrechen bei geringen äusseren Anlässen, Herzklopfen, das sich mitunter zu stenokordischen Zuständen steigert. Schlaf unruhig. Pat. ist mager, blass, leichter feinschlägiger Tremor an den Händen, Puls 110 bis 120; auf mässige Steigerung des Blutdruckes kann kein Gewicht gelegt werden, da sie bei Glaukom ebenso wie die bestehende leichte Arteriosklerose sehr häufig vorkommt. Somatisch sonst nichts Abnormes. Der interne Befund wird an der Klinik von Jaksch bestätigt. Nach Aussetzen der Pilokarpineinträufelungen infolge operativer Behebung der glaukomatösen Drucksteigerung verschwinden innerhalb einiger Wochen alle subjektiven Symptome fast vollständig, die Herzaktion wird regelmässig normal, der Tremor verliert sich. — In einer grösseren Anzahl von Fällen, bei welchen wegen Glaukom monate- oder jahrelang Pilokarpin eingeträufelt worden war, habe ich ein ganz ähnliches Krankheitsbild beobachtet, das immer durch

das Aussetzen des Medikamentes spurlos zum Schwinden gebracht werden konnte. Dass nicht die operative Behandlung, die in allen Fällen schliesslich platzgegriffen hat, also die Beseitigung des Glaukoms und der mit dessen Bestehen verbundenen Aufregung, Schmerzen usw., die Beseitigung der Störungen hervorgebracht hat, Beweis dafür ist der Umstand, dass in mehreren Fällen, in denen das Pilokarpin durch Eserin oder durch wiederholte Einträufelung von Morphin ersetzt wurde, ebenfalls die Erscheinungen sich besserten. Die Intoxikation dürfte wohl dadurch zustande kommen, dass das Pilokarpin direkt in die Bindehaut aufgenommen wird und von da in die Blutbahn gelangt; es wäre natürlich aber auch möglich, dass die Lösung durch die Tränenwege in die Nase und in den Nasenrachenraum gelange, und entweder durch Aufnahme in die Schleimhaut von dieser Stelle aus, oder durch Uebergang in die Speiseröhre respektive in den Magen zur Aufsaugung käme. Es scheint eine gewisse Ueberempfindlichkeit bei chronischer Pilokarpinbehandlung einzutreten. So habe ich in einem der Fälle, der sehr lange mit Pilokarpin behandelt worden war, gesehen, dass eine einmalige Einträufelung nach monatelangem Aussetzen des Pilokarpins wieder beträchtliche Störungen: Herzklopfen, leichten Tremor, Aufgeregtheit hervorrief, die erst in einigen Stunden wieder schwanden. Zum Auftreten der chronischen Pilokarpinintoxikation scheint eine gewisse Prädisposition zu existieren. Es waren durchaus Pat., die man von vornherein als besonders empfindlich bezeichnen konnte, mit etwas gesteigerter psychischer Erregbarkeit, mit empfindlichen Herzen, zarter blasser Haut usw. Nur in einem einzigen Falle bestand eine Stenose und Insuffizienz der Aorta.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 51.)

- **Akute Lysolvergiftung durch vaginale Irrigation und der therapeutische Wert der Irrigationen überhaupt.** Von Dr. A. Chvojka (Prag). Autor machte bei einer alten Erstgebärenden, um einer Rigidität des Muttermundes vorzubeugen, Ausspülungen der Vagina mit 4—5 Liter 1%iger Lysollösung. Während einer solchen vaginalen Irrigation klagte plötzlich die Frau über Herzbeklemmung, der Puls wurde sehr langsam, das Gesicht wurde zyanotisch, bald darauf wurde auch die Atmung langsam, oberflächlich, rasselnd. Nach künstlicher Atmung, Herzmassage usw. erwachte die Frau, sagte ganz deutlich: Ich muss sterben, tatsächlich wurde sie bald wieder bewusstlos, und trotz



den Wiederbelebungsmitteln und Versuchen starb sie etwa drei Stunden nach der Irrigation, mit ihr gleichzeitig ist auch die Frucht abgestorben. Bei der Sektion fand man die Placenta bei dem inneren Muttermund ein wenig abgelöst, sonst nichts, keine Luftembolie. Während der Irrigation floss keine Spur von Blut, die Schwangere war auf dem Bett in der gewöhnlichen Untersuchungslage, und die Ausspülung wurde in Anwesenheit des Autors von einer geschulten Hebamme korrekt ausgeführt. Hier musste die tödliche Intoxikation nur an der kleinen Stelle, wo die Placenta abgelöst war, erfolgen. — Autor glaubt, dass man von den Uterusausspülungen überhaupt Abstand nehmen kann. Als vor etwa 14—15 Jahren in der Prager Gebäranstalt mehrere Fälle von Tetanus puerperalis vorkamen, hat man natürlich alle möglichen Massregeln getroffen, um das Auftreten dieser schrecklichen Krankheit zu verhindern. Die geburtshilflichen Eingriffe wurden auf das Notwendigste beschränkt, infolgedessen hatte Autor nach allen intra-uterinen Manipulationen auch bei verfaultem Uterusinhalt die intra-uterinen Ausspülungen gänzlich unterlassen, nicht einmal bei den fiebernden Kreissenden, welche mit bereits abgestorbener Frucht in die Anstalt kamen, wurde die Gebärmutter ausgespült, und nie war der Verlauf des Wochenbettes ungünstiger als nach der Uterusirrigation. In seiner Privatpraxis bei der Retention der Placentarreste nach einer Geburt oder Fehlgeburt wird alles womöglich mit dem Finger entfernt, nur wenn der Halskanal nicht mehr für den Finger durchgängig ist, wird die Gebärmutter mit Kurette ausgeräumt, dann aber nicht ausgespült, und doch hat Autor keinen ungünstigen Verlauf zu verzeichnen, kein Fieber, keine protrahierte Blutung. Dafür hat er den Kranken den Schüttelfrost erspart, welcher so oft nach einer Ausspülung der Gebärmutter folgt. Nur im fieberhaften Wochenbett infolge der Retention des Wochenflusses wird die Gebärmutter einigemal mit 50%igem Alkohol ausgespült, je nach der Menge der pathologischen Lochien. Die Uterusausspülung kann höchstens den desodorierenden Zweck haben. Dass durch die Irrigation die Uterusschleimhaut desinfiziert wird, ist sehr zweifelhaft, eher scheint mehr als wahrscheinlich zu sein, dass durch den Kontakt der desinfizierenden Lösungen mit dem Gewebe des menschlichen Körpers die vitale Tätigkeit der organisierten Elemente des Körpers herabgesetzt oder vollkommen vernichtet wird.

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1910 Nr. 3.)

- **Kochsalz gegen Bromismus.** Von Dr. A. Ulrich (Aus der Schweiz. Anstalt f. Epileptische in Zürich). Autor konnte durch Kochsalz (dreimal täglich ein Teelöffel in Milch) den Bromismus bekämpfen. Spülungen mit 1%iger Lösung brachten die Munderscheinungen zum Verschwinden. Autor ist im Begriffe, die 1%ige Kochsalzlösung bei allen bromisierten Pat. einzuführen, nachdem er konstatiert, dass auch der Foetor ex ore dadurch bekämpft werden kann. Durch feuchte Kompressen mit etwa 10%iger Kochsalzlösung hat er hartnäckige Bromakne zum Ausheilen gebracht, ebenso Bromulzeration. Ob die durch die Bromsalze erzeugten Hautaffektionen in jedem Falle durch Kochsalz beseitigt werden können, bleibt vorläufig dahingestellt; jedenfalls aber werden dieselben auch durch internen Gebrauch von Chlornatrium wirksam beeinflusst. In allen behandelten Fällen von Bromismus verschwanden die schweren Symptome sofort nach Kochsalzdarreichung, insbesondere die motorischen Störungen. Wir haben somit im Kochsalz das Gegenmittel gegen Bromintoxikation.

(Neurolog. Zentralbl. 1910 Nr. 2.)

- L. Reinhardt, **Eine Vergiftung mit unreifen Nieswurz-samen.** R. hat im Monat August v. J. eine eigentümliche Vergiftung durch blosses Berühren und Spielen mit den unreifen Samen dieser Pflanze beobachtet, die ganz einzig dasteht. Ein mit den übrigen Familienmitgliedern in der Sommerfrische weilendes siebenjähriges Mädchen brach sich am Waldesrand in Langenbruck im Basler Jura eine fruktifizierende Staude der weissen Nieswurz ab. Zu Hause öffnete sie im Spiele die noch grünen Fruchthüllen, um die unreifen Samen herauszunehmen und sie auf einen Haufen zu legen. Bald darauf begannen sämtliche damit in Berührung gekommenen Fingerspitzen der rechten Hand stark zu brennen, und es entwickelten sich grosse, mit gelblichem Serum erfüllte Blasen, die vollkommen Brandblasen glichen, die stark schmerzten, aber unter einem Schutzverband im Laufe von acht Tagen abdorrrten. Das war aber nicht alles, sondern die Hauptsache kam nach. Einige Tage nach der Bildung der Blasen an den Fingerspitzen der rechten Hand stellte sich allgemeines Unwohlsein mit Appetitlosigkeit und mässigem Fieber während mehrerer Tage ein, und es bildeten sich an der Zungenspitze, am Gaumen und am Zahnfleisch zahlreiche ebensolche mit Serum gefüllte Blasen, die äusserst schmerzhaft waren und das mit grosser Mattigkeit und Kopfschmerzen

behaftete Kind während fast acht Tagen zu fast absoluter Speiseenthaltung zwangen, wodurch natürlich eine ziemliche Entkräftung herbeigeführt wurde. — Wie das Kind bestimmt versicherte, hat es die unreifen Samen der weissen Nieswurz, deren Stauden es vorwies, so dass R. die Art der Pflanze mit Sicherheit festzustellen vermochte, niemals in den Mund genommen, sondern dieselben nur herausgebrochen und damit kurze Zeit gespielt. Dabei ist es nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich, dass es ohne zu wissen, dass es Gift an den Fingern habe, in den Mund griff und auf diese Weise sich eine starke Entzündung der Schleimhaut und eine allgemeine Vergiftung zuzog. Dieser Fall beweist aufs neue, wie sorgfältig Kinder beim Spielen beaufsichtigt werden sollten, damit ihnen nicht unwissentlich schweres Leid widerfahre, besonders in solchen Fällen, wo die gepflückte Pflanze so harmlos wie diese aussieht.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 40.)

### **Menstruationsanomalien. Amenyl, ein neues Emme-**

**nagogen.** Von Dr. Edm. Falk (Berlin). Das Präparat (Methylhydrastimid) hat Autor bei ca. 70 Fällen, darunter auch bei einigen mit Herzfehlern, angewandt, ohne dass eine Störung der Herztätigkeit eintrat. Zur Hebung der Amenorrhöe wurde es in 48 Fällen verwertet, dabei wurde 19mal Eintritt der Menstruation erzielt. Regelung des Stuhlganges muss stets erfolgen, will man Erfolg haben. Bei Erkrankungen der Genitalorgane war natürlich auch A. oft wirkungslos. „Günstiger als in dieser ersten Gruppe von Fällen, in denen die Ursache der Amenorrhöe in einer Erkrankung der Genitalorgane zu suchen war, ist die Wirkung bei den auf konstitutionellen Anomalien beruhenden Amenorrhöen; Voraussetzung ist, dass die allgemeine Erkrankung nicht eine derartig hochgradige ist, dass das Ausbleiben der Menstruation als eine Folge des Aufhörens der funktionellen Tätigkeit der Ovarien zu betrachten ist, wie wir es bei vorgeschrittener Phthisis sehen. Unter 13 Fällen von Amenorrhöe, deren Ursache eine Allgemeinerkrankung war, konnte ich siebenmal durch Verabreichung von A.-Tabletten den Wiedereintritt der Menstruation erzielen. In den Fällen, in denen kein Erfolg eintrat, handelte es sich zweimal um hochgradige Anämie, zweimal um vorgeschrittene Phthisis pulm., und endlich in zwei Fällen war bei jugendlichen Personen das lange Ausbleiben der Periode eine Teilerscheinung des auch in

anderen charakteristischen Merkmalen in Erscheinung tretenden Infantilismus. Die Ursache der Amenorrhöe in den Fällen, welche erfolgreich behandelt wurden, war viermal eine Chlorose geringen Grades, einmal Lues, einmal allgemeine Adipositas, und einmal blieb die Menstruation infolge einer überstandenen Influenza aus. Die Dauer der Cessatio mensium betrug zwischen zwei und sieben Monaten; ein Erfolg trat in einem Falle bei einer 23jährigen anämischen Pat. ein, die mit dem 21. Jahre zum ersten Male und in der Folge stets unregelmässig menstruiert hatte, nach der Verabreichung von zwei Tabletten, nachdem die Menstruation sechs Monate ausgeblieben war, in den anderen Fällen zwischen dem dritten und achten Tage der Behandlung. Den günstigsten Erfolg erzielten wir bei Fällen von rein funktioneller Amenorrhöe, bei denen der Tastbefund gesunde Genitalorgane ergab und Zeichen einer Allgemeinerkrankung nicht vorhanden waren. Unter zwölf derartigen Amenorrhöen trat achtmal die Menstruation nach A. ein. Gewöhnlich handelte es sich um junge Mädchen, in einzelnen Fällen war die Angst, dass Schwangerschaft die Ursache des Menstruationsausfalls sein könnte, das veranlassende Moment, in anderen Fällen wurde eine Erkältung bestimmt als Ursache der Amenorrhöe angegeben, so von einer 17jährigen Verkäuferin mit virginalem Befunde, bei der für die vier Monate ausgebliebene Menstruation vikariierend Nasenbluten aufgetreten war; am sechsten Tage der Behandlung mit A.-Tabletten trat die Menstruation ein.“ „Wir sehen also in dem A., von dem wir gewöhnlich zweimal täglich eine Tablette verordneten, ein Mittel, das in geeigneten Fällen von funktioneller Amenorrhöe günstige Wirkung ausübt, und das besonders bei den in den Entwicklungsjahren auftretenden Menstruationsstörungen und bei Virgines, bei denen eine lokale Therapie kontraindiziert ist, erfolgreich wirkt, das hingegen erfolglos ist bei schweren, durch Erkrankung der Genitalorgane erzeugten Menstruationsstörungen und ebenfalls bei dem vorzeitigen Aufhören der Menstruation im Klimakterium. Seine Wirksamkeit verdankt A. seiner Eigenschaft, den Blutdruck infolge der Gefässerschaffung herabzusetzen, daher dürfte seine erfolgreiche Anwendung sich keineswegs auf die Menstruationsstörungen beschränken. Vor allem wird es auch bei arteriosklerotischen Prozessen mit gespanntem Puls und hohem Blutdruck zu versuchen sein.“

(Therap. Monatshfte, November 1909.)

- **Erfahrungen mit Eumenol.** Von Dr. R. Palm (München).  
E. (Merck) ist das Extrakt der Radix Tangkeri, die in China viel zur Bekämpfung von Menstruationsbeschwerden benutzt wird. Autor verordnet das Präparat seit neun Jahren und kann es als brauchbares Amenorrhoeicum zur rascheren Herbeiführung der verspäteten Menstruation empfehlen. Es erwies sich als ungiftig und unschädlich, schmeckt allerdings schlecht.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 1.)

**Panaritium. Zur Technik der Panaritiumoperation.** Von

Dr. S. Kofmann (Odessa): „Meine Therapie gestaltet sich folgendermassen: An der ersten und zweiten Phalanx inzidiere ich entlang der Sehne, nie aber über derselben, sondern lateral respektive median von ihr je nach der Eiteransammlung; dabei suche ich Schnitte, die über das Gelenk ziehen, zu vermeiden, und wenn nötig eröffne ich auch die Sehnenscheide von der Seite. Ich lege immer nur einen Schnitt (gegen Klapp, der immer beiderseits der Sehne inzidiert), und nur gegebenenfalls lege ich eine Gegenöffnung; auch beim Uebergreifen des Prozesses auf die Hand Sorge ich dafür, dass der Schnitt nicht auf die Sehne fällt, sondern etwas seitwärts von dieser. Durch das Schonen der Gelenkstelle und die seitliche Inzision bezwecke ich das Vorbeugen der so häufigen Kontrakturen infolge des Vorspringens der sich als Saite spannenden Sehnen. Durch die seitliche Inzision wird auch dem Entstehen der mediangelegenen Narbe vorgebeugt, was von grosser Bedeutung ist, da die direkt über der Sehne gelegene Narbe sehr schmerzhaft und sehr störend für das kräftige Umgreifen ist. An der Nagelphalanx mache ich einen halbmondförmigen paronchyalen Schnitt. Ich will durchaus die narbige Störung der so wichtigen feinen Fingerkuppe vermeiden und lege den Schnitt zwei bis drei Millimeter vom Nagel von einer Seite zur anderen, wobei ich von vornherein den Schnitt bis auf den Knochen appliziere. Ist es indiziert, so vertiefe ich denselben bis knapp an das Gelenk, so dass die Palmarhälfte des Fingers einen Zungenlappen bildet. Von dieser Wunde aus kann dann der Phalanxknochen bequem subperiostal reseziert werden, respektive der Eiterherd exkochleiert werden. Beim Verbandanlegen wird der Zungenlappen dann wieder möglichst korrekt zurückgelegt, durch die Wunde zieht dabei quer ein drainierendes Gazeläppchen. Auf diese

Weise gelingt es immer, die Form und die Funktion der Nagelphalanx zu erhalten und widerliche Verunstaltungen zu vermeiden.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 44.)

**Rheumatismen.** Bei **akutem Gelenkrheumatismus** empfiehlt Dr. M. Spitzer (Wien) zur perkutanen Applikation, wenn Salizylpräparate versagen, *Jod* in folgender Form:

Rp. Plumb. jodat. 10,0  
Lanol.  
Vaselin. aa 50,0  
M. f. ung.

Auch die Credésche Salbe erweist sich oft als wirksam, wie auch *Kollargol*, rektal angewandt, in manchen Fällen, besonders bei rezidivierenden Entzündungen der kleinen Gelenke recht gute Dienste leistet.

(Ibidem.)

— **Die tonsillare Behandlung der sogenannten rheumatischen Erkrankungen.** Von Ob.-Stabs-Arzt Dr. P. Schichhold (Leipzig). Autor resumiert seine Erfahrungen in folgenden Sätzen:

1. Der oder die Erreger sogen. rheumatischer Erkrankungen liegen in mit Eiter gefüllten Mandelgruben gewissermassen im Depot und können gelegentlich auftretender Mandelentzündungen in den Kreislauf eintreten und spezifische Krankheitserscheinungen hervorrufen.

Ausser in den Mandeln können in seltenen Fällen auch Eiteransammlungen in anderen Organen die Ausgangsstelle genannter Erkrankungen sein.

2. Eine völlige Heilung und besonders auch eine Verhütung von Rezidiven ist nur durch eine möglichst radikale Entfernung der Tonsillen möglich, wie sie das Gürichsche Verfahren gewährleistet. Alle anderen Methoden, die dieses Ziel nicht erreichen, insbesondere die bisher übliche Tonsillotomie, sind völlig unbrauchbar für eine Dauerheilung.

3. Neben den Gelenkerkrankungen werden auch Komplikationen günstig beeinflusst. Die Entzündungen der Herzinnenhaut und des Herzmuskels können nur dann einer Heilung zugeführt werden, wenn diese Erkrankungen jüngeren Datums sind und noch keine wesentlichen Gewebsveränderungen hervorgerufen haben. Aeltere verrückte Auflagerungen bleiben unbeeinflusst, sind sogar ein direktes Hindernis der Heilung, eine weitere Quelle neuer Infektionen.

4. Ausser auf die rheumatischen Erkrankungen scheint die Tonsillartherapie einen günstigen Einfluss auch auf andere Krankheiten auszuüben, die mit einer Entzündung der Mandeln einhergehen, insbesondere auf Nierenentzündungen.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 6.)

- **Gelenkrheumatismus nach operativem Trauma der Nasenschleimhaut.** Von Dr. M. Senator (Berlin). Autorschildert folgenden Fall: „Ein junges, sonst gesundes Mädchen von 21 Jahren wurde von mir wegen Schleimhauthypertrophie beider Nasenhälften operiert. Zuerst wurde an der linksseitigen unteren Muschel mittels schneidendem Konchotom eine polypenartige Schwellung entfernt, der Heilungsverlauf war in örtlicher und allgemeiner Hinsicht völlig gut und ohne jede Störung. Ein Wundtampon von steriler Gaze war wegen einer Blutungsmöglichkeit erforderlich, er blieb im ganzen ungefähr 16—17 Stunden liegen. Nach acht Tagen wurde auf der anderen, rechten Seite teils mit der kalten Drahtschlinge, teils ebenfalls mit dem schneidenden Konchotom an der unteren Muschel ein ähnlicher verkleinernder Eingriff vorgenommen, der unter gleichlanger Tamponade wie neulich wiederum ohne jeglichen Zwischenfall ablief. Nach weiteren acht Tagen wurden nochmals auf der bereits vor vierzehn Tagen erstmalig operierten linken Seite einige Reste der Muschelschwellung mit der kalten Drahtschlinge und dem Konchotom abgetragen. Ich betone ausdrücklich, dass der Zustand der bereits operierten Muschel derartig war, desgleichen dass auch nach der allgemeinen Erfahrung ein Zeitraum von vierzehn Tagen ausreichend ist, um mit gutem Gewissen eine zweite Operation an den gleichen Schleimhautteilen vornehmen zu dürfen. Abgesehen von einer etwas stärkeren Blutung, die aller Wahrscheinlichkeit nach auf die noch vorhandene Reaktion der Gewebe zu beziehen war, verlief auch diesmal vorerst alles gut. Die mässige Blutung liess sich ohne weiteres durch die übliche wiederum 16—17 Stunden dauernde Tamponade mit steriler Gaze zum völligen Stillstand bringen. Indes nach ungefähr fünf bis sechs Tagen erkrankte die Pat. an akuter fieberhafter Polyarthrits rheumatica der Knie- und Fussgelenke, nebst leichter aber deutlicher Endokarditis. Die Einzelheiten der Gelenkaffektion usw. haben für die vorliegende Betrachtung kein besonderes Interesse und mögen daher unberücksichtigt bleiben, nur soviel sei erwähnt, dass der Verlauf ein sehr hartnäckiger und langwieriger, und

dass die Diagnose der Polyarthrit<sup>is</sup> rheumatica acuta namentlich in Rücksicht auf eventuelle ähnliche Gelenkerkrankungen durchaus sichergestellt war. — Was lehrt nun dieser Fall? Zunächst die alte Frage: post hoc oder propter hoc? Besteht zwischen der Nasenoperation und dem Ausbruch des akuten Gelenkrheumatismus ein ursächlicher Zusammenhang, oder ist es ein rein zufälliges Zusammentreffen? Nach der erst angedeuteten Auffassung von der rheumatischen oder gar pyämischen Infektion und der fast unmittelbaren Aufeinanderfolge beider Affektionen innerhalb eines so kurzen Zeitraumes wird man sich der Annahme des post hoc ergo propter hoc wohl kaum verschliessen können, zumal ja auch diese Auslegung weiter keinen Schwierigkeiten unterworfen ist. Bleiben wir nämlich, wie erwähnt, dabei, dass der akute Gelenkrheumatismus eine Infektionskrankheit oder direkt gesagt eine abgeschwächte Pyämie sei — und dazu berechtigt ja neben bakteriologischen Befunden immerhin Gesamtbild und Verlauf —, so liegt die Frage nach einer Eintrittsstelle an irgendeinem Körperteil mehr als nahe; und dementsprechend haben wir ja die Anginen mit ihren lädierten Halsorganen als eine solche Stelle durch genugsame Beobachtung des unmittelbar folgenden Gelenkrheumatismus kennen gelernt. Es ist aber ohne weiteres klar, dass die Halsorgane keine spezifische Affinität für das Virus zu haben brauchen, vielmehr nur infolge ihrer Lage und häufigen Erkrankungen eine vielfache Gelegenheitsursache abgeben; es ist keineswegs ausgeschlossen, dass gelegentlich auch einmal die Infektion mit Gelenkrheumatismus von einer anderen Läsion — pathologischen oder traumatischen — eintritt. Gehen wir einmal soweit, den Gelenkrheumatismus als wirklich sichere Pyaemia levis anzusehen, so leuchtet der Zusammenhang des beschriebenen Falls, das heisst der Ausgang einer pyämischen Allgemeininfektion von einer Nasenwunde ohne weiteres ein. Die Verhältnisse der linken Nasenseite lagen in diesem Sinne auch recht günstig. Die linke untere Muschel musste binnen vierzehn Tagen zweimal operiert werden, und es ist sehr wahrscheinlich, dass entgegen dem äusseren Aussehen beim zweiten Eingriff die betreffenden Gewebe vom ersten Mal her noch nicht soweit geheilt waren, um ihre volle Schutzkraft gegenüber etwaigen Infektionen wiedererlangt zu haben; auch die stärkere Blutung der zweiten Operation scheint ja entschieden für diesen Verdacht zu sprechen. Ferner war die grössere Menge des stagnierenden Blutes, das sich ja



aus der buchtenreichen Nase nie vollkommen entfernen lässt, ein recht geeigneter Nährboden für etwa anwesende Bakterien, und schliesslich muss auch der freilich notwendige Tampon mit seiner Sekret und Blut verhaltenden Stauwirkung berücksichtigt werden. Dieses alles sind Momente, die das Zustandekommen einer örtlichen und dann allgemein werdenden Infektion — pyämischen Infektion — entschieden sehr begünstigen. Dass die operierte Nase an und für sich eine Eingangspforte für pyämische oder septische Bakterien darstellt, ist nichts neues und aus der Tatsache bekannt, dass mitunter nach galvanokaustischer Aetzung der Nasenschleimhaut, und besonders eben der unteren Muschel trotz aller Vorsicht eine typische Angina auftritt; und zwar offenbar auf dem fortleitenden Wege der Lymphbahnen, die ja nach den Untersuchungen von A. Most, Z. von Lénárt und Schoenemann eine enge Verbindung zwischen Nase und Mandeln darstellen. Auch sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Angina von manchen, und nicht zu Unrecht als lokalisierte Aeusserung einer vielleicht geringen Allgemeininfektion angesehen wird. Ja Schoenemann spricht es direkt aus, dass nach seiner Vermutung „solche Anginen bereits die erste floride Lokalisation der Gelenkrheumatismuserreger sind, welche vom Cavum nasale aus auf dem Lymphweg in die Tonsillen gelangten“. Er verweist des weiteren hierbei auf die günstigen Erfahrungen, die er mit der internen Salizylbehandlung der Angina, namentlich der beginnenden, gewonnen hat. — Woher die Infektion in diesem Falle stammt und weshalb es bei dieser Operation zu der sehr unangenehmen Komplikation gekommen ist, lässt sich freilich nicht sagen. Eine Ausnahme bliebe ein solches Vorkommnis immerhin, denn für gewöhnlich bildet das gleiche Vorgehen — Wiederholung eines Eingriffes nach vierzehn Tagen, Blutstillung durch nicht zu lang währende Tamponade — keinerlei Schädigung, und kann dem behandelnden Arzte nicht als Kunstfehler ausgelegt werden. Dass ich mit streng aseptischen Kautelen, sterilen Instrumenten und Verbandstoffen operiert habe, ist selbstverständlich, sei aber jedenfalls hier nochmals besonders erwähnt; wenn nicht anders, schon aus dem Grunde, um einer etwa zu erhebenden Bemängelung bezüglich der Beobachtung und Schlussfolgerung im obigen Zusammenhang von vornherein zu begegnen.“

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 8.)

**Scabies.** F. Lipschütz: **Ueber die Behandlung der S. mit Perugen (synthetischem Perubalsam).** Die Pat. bekamen zunächst ein Schmierseifenbad und wurden dann mit einer Mischung im Verhältnis von einem Teil P. auf zwei Teile 90%igen Alkohol eingerieben. Für Kinder, Greise, überhaupt empfindlichere Personen werden nach einigen gegen die Hautreizung gerichteten Vorbädern (mit Leinsamen, Kleie) täglich (1—2mal) Einreibungen mit einer Mischung von je einem Teil P. auf je zwei Teile Olivenöl mehrere Male verordnet, dann erst erfolgt das Schmierseifenbad, an das sich noch einige wenige Perugeneinreibungen, diesmal in alkoholischer Verdünnung, anschliessen. Es wurde in 25 Fällen diese Therapie bei Krätzekranken durchgeführt. Die Therapie nimmt einen Zeitraum von 4—6 Tagen in Anspruch (eingerechnet die vorbereitenden Bäder), wobei gewöhnlich im ganzen zwischen sechs und zehn Einreibungen appliziert werden. Natürlich kann sie sich auch, besonders wenn bei sehr empfindlicher Haut eine Vorbehandlung nötig wird, über eine längere Zeit erstrecken. Jedenfalls aber dauert sie nie länger, als eine an Stelle des P. mit Perubalsam durchgeführte Scabietherapie. Autor glaubt deshalb im P. ein wertvolles Ersatzmittel für den Perubalsam zu besitzen und wendet es statt dessen wegen seiner (auf seiner Reinheit basierenden) Ungiftigkeit und seines geringeren Preises in den geeigneten Fällen gern an.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 45.)

**Seekrankheit.** W. Heinicke (Waldheim): **Kurze Bemerkungen über Bromural bei S.** *Bromural* (Knoll & Co.) erwies sich als prompt wirksam. Dosis: 0,3 g, event. nochmals 0,15 g. 20 Tabletten à 0,3 g kosten 2 Mk., 10 Stück 1,50 Mk.

(Therapeutische Rundschau 1909 Nr. 44.)

— **Veronalnatrium bei S.** Von Dr. Galler, Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie. Autor gab bei anhaltend schwerem Wetter innerhalb 24 Stunden zweimal je 0,5 g (am besten in Tabletten). Behält Pat. das Präparat zehn Minuten bei sich, dann hat er für 10—12 Stunden Ruhe. In leichten Fällen genügt einmalige Anwendung, am besten Abends nach dem Zubettgehen.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1910.)

**Syphilis. Asurol, ein neues Quecksilbersalz.** Von Professor

A. Neisser (Breslau). Ein Doppelsalz aus Quecksilbersalizylat und amidooxyisobuttersaurem Natron mit einem Gehalt von 40,3% Hg. Welche Vorteile bietet das Präparat? 1. Es ist ein lösliches Präparat; es kommen damit alle die für den nicht sehr geübten Praktiker häufig störenden Eigenschaften und technischen Schwierigkeiten in Fortfall, die mit den Injektionen unlöslicher Präparate verbunden sind. 2. Asurol fällt kein Eiweiss. Es bilden sich an den Injektionsstellen keine Verhärtungen und Infiltrate; die Schmerzen sind meist gering und nach zwei bis drei Stunden weg. 3. Die Resorption geht rasch vonstatten. Asurol entfaltet eine sehr akut einsetzende und energische Wirkung, die allerdings nicht sehr nachhaltig ist. 4. Man kann sehr viel grössere Einzelgaben von Hg injizieren, ohne Schädigungen befürchten zu müssen. Autor hat durchschnittlich zweimal wöchentlich je 4 cg Hg, meist je 6 cg, manchmal bis 9 cg injiziert, ohne Vergiftungserscheinungen zu sehen. Asurol scheint bedeutend ungiftiger zu sein als gewöhnliche lösliche Quecksilbersalze. Andererseits hat die Erfahrung gelehrt, dass diejenigen Kuren die wirksamsten sind, bei denen der Körper recht lange einer kräftigen Wirkung des Quecksilbers ausgesetzt sind. Geht die Ausscheidung, wie hier, zu rasch vor sich, so bleibt auch eine Dauerwirkung meist aus. Aus diesem Grunde sind reine Asurolkuren in der Regel nicht zu empfehlen. Wenn Autor aber auch reine Asurolkuren für die meisten S.-Kuren nicht für ausreichend erachtet, so ist es doch ein vorzügliches Mittel in Kombination mit dem grauen Oel. In der Tat ergänzen sich diese zwei Präparate in der ausgezeichnetsten Weise: Das Asurol mit seiner ungemein schnell einsetzenden akuten Wirkung, das graue Oel mit seiner alle übrigen Präparate übertreffenden Remanenz, beide Präparate ausgezeichnet durch sehr grosse örtliche Vertragbarkeit. Autor kennt sehr wohl die Missstände, die mit den Injektionen von Oleum cinereum verbunden sein können, aber er behauptet, diese Nachteile und Gefahren können mit fast absoluter Sicherheit vermieden werden. Was hat man bei grauen Oel-Kuren zu beachten?

1. Man muss ein sehr gut hergestelltes Präparat haben, wie solche aus Paris und Breslau (Engel-Apotheke, Scheitnigerstrasse 28) zu beziehen sind. Nur solche tadellosen Präparate geben eine Gewähr dafür, dass die Injektionen nicht regelmässig von starken Infiltraten begleitet werden.

2. Man muss sich der sogenannten Zielerschen „Rekord“- oder der „Barthélemy“-schen Spritze bedienen, d. h. also kleiner ( $\frac{1}{4}$  ccm Inhalt), sehr sorgfältig graduierter Spritzen, die die allerfeinste Dosierung erlauben.

3. Die Injektionen müssen tief in die Glutäen gemacht werden. Die Injektionsmasse darf nicht dicht unter der Haut, sondern muss jenseits der Fettschicht oder in der Muskulatur liegen. Nach der Injektion soll man sorgsam massieren.

4. Embolien und Blutungen in der Tiefe vermeidet man bekanntlich dadurch, dass man nach dem Einstechen die mit dem Ol. ciner. gefüllte Spritze von der mit Paraffin. liquid. gefüllten Nadel abnimmt und wartet, ob ein Herausbluten aus der Nadel erfolgt. Ist dies der Fall, so muss man die Nadel herausnehmen und ein zweites Mal an einer entfernten Stelle einstechen.

5. Man muss bei Menschen, welche trotz der Anwendung guten Oeles und trotz regulär gemachter Injektionen harte, feste, das Quecksilberdepot einhüllende Bindegewebeknoten bekommen, mit den Injektionen aufhören! Die Beachtung dieser Vorschrift ist der springende Punkt bei der Durchführung der Ol. ciner.-Kuren. Solche festen Indurationen verhindern die gleichmässige Resorption des Quecksilbers. Da nun bei einem solchen Menschen durch immer wiederholte Injektionen immer neue Depots, die aber vorderhand nicht verarbeitet werden, angelegt werden, so hat man schliesslich eine kolossale Masse von unverarbeitetem Quecksilber aufgespeichert, und diese führt, wenn dann später die Resorption aller dieser Knoten auf einmal beginnt, zu einer solchen Ueberschwemmung des Körpers mit Hg, dass die allergefährlichste, ja tödliche Intoxikation eintreten muss.

Autor verwendet seit Jahren bei fast allen seinen Pat. in Klinik, Poliklinik und Privatpraxis diese grauen Oel-Injektionen, und zwar derart, dass fünf Wochen hindurch jede Woche entweder eine Injektion von 0,14 Hg = 1 Barthélemysche Spritze oder zweimal 0,07 Hg injiziert wird. Nach fünf Wochen macht er eine Pause von vier bis fünf Wochen, um abzuwarten, ob nicht etwa von diesem ersten Zyklus von Injektionen eine schwere Stomatitis entsteht. Gewöhnlich ist das nicht der Fall, und so beginnt jetzt ein zweiter Zyklus, ähnlich wie der erste. Die Gesamtkur dauert also eigentlich 15 Wochen oder, wenn man will, noch viele Wochen länger, da ja noch wochenlang der Organismus unter dem Einfluss des inji-

zierten Quecksilbers steht. Während dieser ganzen Zeit ist sorgfältigste Mundpflege erforderlich. Die Kuren mit grauem Oel eignen sich aber nur für Fälle, wo es nicht auf eine akute Quecksilberwirkung ankommt. Deshalb kombiniert Autor, seitdem er das Asurol in Händen hat, das Oleum cinereum mit Asurol-Injektionen, und zwar in folgender Weise:

1. Woche:

1. Januar I. Injektion Ol. ciner.  $\frac{1}{2}$  Barthélemysche Spritze = 0,07 Hg.

2. Januar 1. Injektion 1 bis 2 ccm 5%ige Asurol-lösung = 0,04 Hg.

4. Januar II. Injektion Ol. ciner.  $\frac{1}{2}$  Barthélemysche Spritze = 0,07 Hg.

5. Januar 2. Injektion 2 ccm 5%ige Asurol-lösung = 0,04 Hg.

Alle Injektionen werden tief in die Glutäal-Muskulatur, jedenfalls in die Tiefe der subkutanen Bindegewebsschicht gemacht.

2. Woche:

8. Januar III. Injektion Ol. ciner.  $\frac{1}{2}$  Barthélemysche Spritze = 0,07 Hg.

9. Januar 3. Injektion 2 ccm 5%ige Asurol-lösung = 0,04 Hg.

10. Januar IV. Injektion Ol. ciner.  $\frac{1}{2}$  Barthélemysche Spritze = 0,07 Hg.

11. Januar 4. Injektion 2 ccm 5%ige Asurol-lösung = 0,04 Hg.

Statt der zwei grauen Oel-Injektionen zu 0,07 Hg kann auch eine Injektion zu 0,14 Hg gemacht werden. — Die Asurol-Injektionen können von zwei auf 3 ccm der 5%igen Lösung resp. von 0,04 auf 0,06 Hg gesteigert werden. — Bei der Dosierung ist Gewicht und Kräftezustand des Pat. ausschlaggebend.

3. Woche:

In dieser dritten Woche wird das graue Oel wie bisher weiter gegeben und noch eine, eventuell auch zwei Asurol-Injektionen. Dann aber in der vierten und eventuell noch fünften Woche werden die Asurol-Injektionen vollständig sistiert, da ja nun die grauen Oel-Injektionen in Aktion getreten sind und eine neue Zufuhr sehr akut wirkenden Quecksilbersalzes überflüssig wird.

Die Gesamtdosis des Quecksilbers beträgt bei einer solchen Kur:

1. von den grauen Oel-Injektionen 0,56 oder 0,7 Hg.
2. von den Asurol-Injektionen 0,20 oder 0,30 oder 0,36

Für die Asurol-Injektionen ist noch folgendes zu beachten:

1. Die Lösungen sollen 5%ig mit abgekochtem, destilliertem Wasser hergestellt werden. Die Abkochung ist wünschenswert, um das Wasser möglichst kohlensäurefrei zu haben. Kochsalzzusatz ist schädlich, weil sich sonst sofort in der Lösung Sublimat bildet.

2. Es ist besser, nicht zu grosse Mengen Lösung auf einmal zu verschreiben, weil sich sonst bei langem Stehen, vermutlich durch die Kohlensäure der Luft, leichte, übrigens unwägbare und ganz bedeutungslose Trübungen bilden.

3. Man verschreibe die Lösung in dunklen Flaschen mit Glasstopfen, um den Zutritt von Licht und Luft nach Möglichkeit zu verhüten.

4. Was die Dosierung betrifft, so entspricht

|       |          |        |   |               |            |
|-------|----------|--------|---|---------------|------------|
| 1 ccm | } 5%igen | Lösung | { | = 0,05 Asurol | = 0,02 Hg, |
| 2 ccm |          |        |   | = 0,10 Asurol | = 0,04 Hg, |
| 3 ccm |          |        |   | = 0,15 Asurol | = 0,06 Hg. |

5. Zu empfehlen ist, bei jedem Pat. erst mit der Injektion von 1 ccm anzufangen; denn auch beim Asurol zeigt sich dasselbe wie beim gewöhnlichen Salizylquecksilber, dass die ersten Injektionen durch den akuten Quecksilberschub häufig allgemeines Unbehagen erzeugen. Es ist daher ratsam, die Pat. erst durch kleine Dosen, die man ja in kürzeren Intervallen wiederholen kann, an die grossen zu gewöhnen.

Des Autors Ueberzeugung nach müsste das Asurol besonders dem Praktiker ein sehr willkommenes Mittel sein. Es ersetzt — das ist das mindeste, was man sagen muss — vollkommen das unlösliche Salizyl-Quecksilber, ja, ist ihm in Anwendungsweise als lösliches Präparat und in der Möglichkeit, viel mehr Hg während einer Kur zuzuführen, überlegen, und es gestattet in ausgezeichnete Weise die Kombination mit den — bei geschickter und vorsichtiger Anwendung glänzend vertragenen — Ol. ciner.-Kuren\*).

(Therap. Monatshefte, Dezember 1909.)

\*) Asurol wird von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld, in Packungen zu 1,5 g und 10 g, sowie die Lösung in Ampullen in Kartons zu 15 Stück à 0,06 g Asurol in den Handel gebracht.

- **Ueber unsere Erfahrungen mit Jodglidine Klopfer.** Von cand. med. E. Rhoden (aus dem k. k. Krankenhause Wieden in Wien). Jodglidine zeigte sich in seiner Wirkung dem Jodkali gleichwertig, ohne die üblen Nebenerscheinungen zu bewirken, die wir oft bei letzterem sehen. Selbst Pat., die andere Jodpräparate nicht vertrugen, tolerierten Jodglidine gut, so dass die Jodkur mit Erfolg durchgeführt werden konnte.

(Österreichische Ärzte-Ztg. 1909 Nr. 9.)

**Tuberkulose. Ueber die Morosche Salbenprobe.** Von Dr.

Fr. Weil (Kurhaus St. Blasien und Sanatorium Luisenheim). Autor berichtet über seine Erfahrungen und sagt: „Wir verwenden die aus der Hirschapotheke in Frankfurt a. M. bezogene 50%ige Tuberkulinsalbe, 10 g (Preis 3 Mk.) reichen für mehrere Dutzend Proben. Ein etwa erbsengrosses Stück Salbe wird mit dem Finger oder einem Salbenspatel auf einen etwa handtellergrossen Bezirk der Bauchhaut oder am Oberarm unter mässigem Druck eine halbe bis eine Minute lang eingerieben. Man lässt die Stelle vor dem Ankleiden noch mehrere Minuten unbedeckt und braucht sie dann nicht mit einem Verband zu schützen. Der positive Effekt besteht im Auftreten von knötchenförmigen, teils pustulösen Effloreszenzen. Auch das Auftreten von nur wenigen und unscheinbaren Knötchen hat man als positives Resultat anzusehen. Der Ausschlag erscheint innerhalb 12—36 Stunden nach der Einreibung und verschwindet nach einigen Tagen wieder spurlos. Emmerich macht darauf aufmerksam, dass das Resultat manchmal auch noch später, am vierten bis sechsten Tage auftritt. Der Ausschlag macht den Pat. niemals stärkeres Jucken oder sonst irgendwelche Unannehmlichkeiten, auch treten keine Allgemeinerscheinungen, Temperatursteigerungen oder dergl. auf. Im ganzen haben wir die Probe in 65 Fällen angewendet, von denen 15 positiv reagierten. Der als positives Resultat zu deutende Ausschlag machte den Pat. niemals irgendwelche Beschwerden. In den positiven Fällen war uns die Reaktion immer entweder eine Bestätigung anderweitiger Untersuchungsergebnisse oder ein wertvoller Führer in weiteren differentialdiagnostischen Ueberlegungen, und auch in den negativen Fällen entsprach der weitere Verlauf der Krankheit immer dem Ausfall der Probe. Es handelte sich um Personen eines jeden Lebensalters, meistens jedoch um Erwachsene.“ Nachdem er Angaben über die Literatur gemacht, schliesst er:

„Darüber scheinen also die Beobachter einig zu sein, dass die Morosche Salbenprobe an Zuverlässigkeit ihrer Resultate der v. Pirquetschen Reaktion überlegen ist, der Ophthalmoreaktion mindestens gleichkommt, vor ihr aber den Vorzug der Ungefährlichkeit hat. Wenn unsere eigenen Resultate auch nicht für einen Vergleich der Methode mit anderen Methoden zu benutzen sind, da wir andere Methoden dieses Jahr nicht angewendet haben, so beweisen sie wenigstens das eine, dass nicht Tuberkuloseverdächtige kaum positiv reagieren, und dass es sich bei positiven Reaktionen meist um sichere T. oder um den berechtigten Verdacht auf solche handelt. So finden wir also in der Moroschen Salbenreaktion eine Bereicherung unserer diagnostischen Methoden, die sich nicht nur durch Einfachheit und Ungefährlichkeit, sondern auch durch ziemliche Zuverlässigkeit auszeichnet. So wie sie uns bei vielen schwierigen Entscheidungen gute Dienste geleistet hat, wird sie sich bei allgemeinerer Anwendung und besonders in der täglichen Praxis wohl auch bewähren. Zunächst aber bedarf sie noch einer weiteren Erprobung an grösserem Material.“

(Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 48.)

- **Ueber Propaesin und seine schmerzstillende Wirkung.** Von Dr. K. Perl (Städt. Krankenhaus Friedrichshain in Berlin). Das von der Firma Fritsche & Co. in Hamburg hergestellte Propaesin (Propylester der Paramidobenzoësäure), ein weisses, leicht bitteres Pulver, wurde in Pulvern bis zu 4 g täglich gegeben (am besten lässt man es trocken schlucken!); sehr oft genügte jedoch eine einmalige Dosis von 0,5 g, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Bei Anginen, Carcinoma und Ulcus ventriculi wurden die Schmerzen wesentlich gelindert, *auch bei tuberkulösen Affektionen leistete das Mittel Gutes. Fast augenblickliches Verschwinden der Schmerzen bei schwerer Larynx-tuberkulose* wurde durch Einblasungen in den Kehlkopf erzielt. Die Wirkung hielt gewöhnlich 6—12 Stunden an.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 50.)

- **Ist der Nachweis von Tuberkelbazillen im Stuhl von Phthisikern für die Diagnose Darmtuberkulose verwertbar?** Von F. Klose (Heilstätte Heidehaus bei Hannover): Ueberblickt man die Versuchsergebnisse, so ersieht man daraus, dass in fast allen Fällen, in denen man Tuberkelbazillen im Sputum fand, ihr Nachweis auch im Stuhlgang des



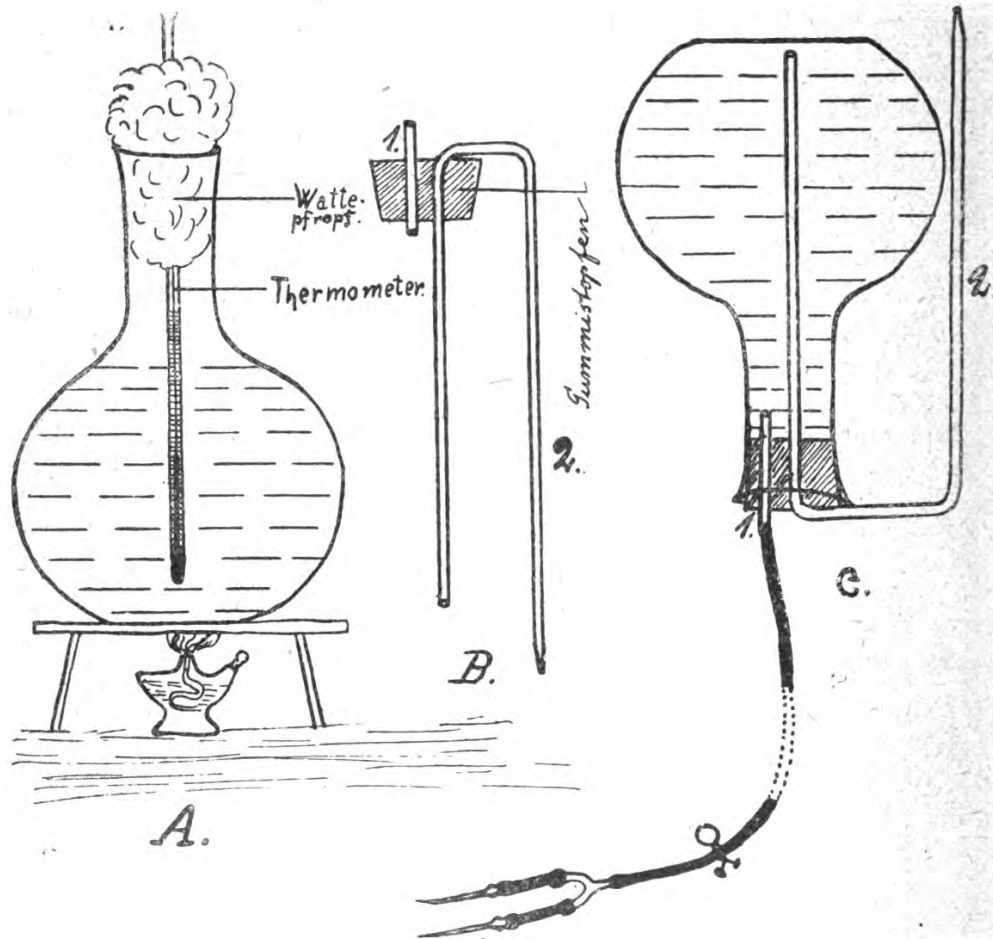
Pat. glückte. Abgesehen von sechs Fällen, in denen die klinischen Symptome die Annahme einer Darmtuberkulose rechtfertigen, und bei denen die Tuberkelbazillen in den Präparaten auch bedeutend zahlreicher auftraten, war bei keinem anderen der 54 Pat. irgendein Anhaltspunkt dafür vorhanden. Hier konnten die Tuberkelbazillen also nur von verschlucktem Sputum herrühren, was um so mehr bemerkenswert ist, als gerade in den Heilstätten doch die Kranken unausgesetzt ermahnt werden, ihren Auswurf in die Speiflaschen und Spucknapfe zu entleeren. Wenn sich nun also schon hier ein Verschlucken von Sputum und damit ein Auftreten von Tuberkelbazillen im Stuhlgang mit absoluter Sicherheit, wie die Untersuchungen zeigen, nicht ausschliessen lässt, wie viel weniger wird man es in der Praxis tun dürfen. Autor möchte auf Grund dieser seiner Untersuchungen behaupten, dass uns der Nachweis von Tuberkelbazillen im Stuhlgang bei gleichzeitig bestehender offener Lungentuberkulose mit positivem Bazillenbefund im Sputum zu der Diagnose Darmtuberkulose allein in keiner Weise berechtigt, da die Herkunft der Bazillen aus dem Auswurf nicht bestimmt ausgeschlossen werden kann.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 3.)

## Vermischtes.

**Ein einfacher leicht selbstherzustellender steriler Infusionsapparat für physiologische NaCl-Lösung** von Dr. Ferd. Orland (Wesseling a. Rh.). Autor schreibt: „Die Infusion physiologischer Kochsalzlösungen, die oftmals auf ihren Erfolg besonders nach starken Blutverlusten erprobt ist, hat für den praktischen Arzt auf dem Lande so mancherlei Unbequemlichkeiten. Abgesehen von der Herstellung der Lösung, durch genau dosierte Tabletten —, ich beziehe diese Kochsalztabletten à 9,0 g NaCl von Apotheker B. Hadra, Berlin C2, — sind die bisherigen Infusionsapparate und selbst, wenn es ein einfacher Irrigator ist, sehr schwer in geeigneter Weise steril auszukochen. Ferner ist beim Irrigator der Uebelstand vorhanden, dass es sich um ein oben offenes Gefäss handelt, in welches zunächst beim Einschütten der Lösung aus dem Bereitungs- oder

Aufbewahrungsgefäß, sodann aber auch während der Infusion allerlei weniger sterile Sachen hineingeraten können. Es wäre also von Vorteil, das Bereitungs-, Sterilisations-, Aufbewahrungs- und Anwendungsgefäß in einem Behältnis zu vereinigen, welches nur durch eine ganz kleine Oeffnung mit der Aussenluft in Verbindung stehen dürfte. Als ein derartiges Instrument hat sich mir nachstehendes



aus den einfachsten Hilfsmitteln herzustellendes bewährt, das ich mir einmal in einer Mussestunde konstruierte. Das Universalgefäß besteht aus einem einfachen 1 l fassenden Kochkolben, in welchem, wie aus Abbildung A ersichtlich, nach Verschluss des Halses durch einen Wattepfropf die NaCl-Lösung (0,9%) durch Kochen sterilisiert, beziehungsweise falls man sich eine Reihe derartiger Kochflaschen mit sterilisierter Lösung vorrätig hält, vor dem Gebrauche auf Körpertemperatur erwärmt wird. Ich halte mir mehrere Kochkolben, die ich nach der Sterilisation über dem Wattepfropf mit Billrot-Battist zubinde und

gegen unberufenes Oeffnen versiegele. Weiter besteht der Apparat aus einem doppelt durchbohrten mit einer kurzen geraden und einer doppelt knieförmig gebogenen längeren Glasröhre, wie aus Abbildung *B* ersichtlich, versehenen Gummistopfen. Bei Vornahme der Infusion wird nach Entfernung des Wattepfropfes der ausgekochte Gummikork mit den Glasröhren aufgesetzt, an das Röhrchen Nr. 1 der Gummischlauch mit der Infusionsnadel befestigt und darauf der ganze Kolben umgedreht und in entsprechender Höhe von einer Person gehalten oder in einer geeigneten Haltevorrichtung an der Wand befestigt\*). Das Innere des Kolbens kommuniziert so mit der Aussenluft nur durch die womöglich noch zu einer feinen Spitze ausgezogenen Oeffnung des Glasröhrchens 2, so dass der Inhalt praktisch nicht verunreinigt wird. An das Glasrohr 2 kann zur Erhöhung des Innendrucks noch ein Gebläse angefügt werden.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 17.)

- **Zur Behandlung chronischer Hauterkrankungen** lautet eine Arbeit von Dr. Dreuw (Berlin), aus der wir folgende Abschnitte wiedergeben: „Vor nunmehr sechs Jahren gab ich gegen eine der häufigsten chronischen Hauterkrankungen, die Psoriasis, eine Salbe an, die aus einer Kombination äusserst wirksamer dermatotherapeutischer Mittel besteht.

Rp. Acid. salic. 10,0  
 Chrysarobin.  
 Ol. rusci aa 20,0  
 Sapon virid.  
 Lanolin aa 25,0  
 M. f. ung. D. S.

Wenn man eine etwas festere Konsistenz der Salbe wünscht, so nimmt man zweckmässig statt Lanolin Adeps lanae anhydricus, das jedoch während des Verreibens zweckmässig erwärmt werden muss. Die so zusammengesetzte Salbe hat sich bei einer grossen Anzahl von chronischen Hauterkrankungen, namentlich aber bei der Psoriasis im Laufe der Jahre gut bewährt, und ihre eigenartigen Wirkungen sind allgemein anerkannt.“

„Anwendung der Salbe. Die Behandlung geschieht in der Weise, dass man 1—2mal täglich die Salbe mit

---

\*) Eine derartige fast überall zu improvisierende Haltevorrichtung ist jede Reflektor-Küchenlampe, in deren Haltering nach Entfernung des Petroleumbassins der umgedrehte Kochkolben sehr gut zu befestigen ist.

einem Borstenpinsel messerrückendick aufträgt und darüber sofort mit einem Wattebausch oder einer Streubüchse eine dicke Schicht Talcum pulveratum streut, so dass die Salbe wegen der entstehenden Pastenform besser haftet. Dies wird 2—3—4—5—6 Tage, je nach dem vorliegenden Falle und je nachdem ob Reizerscheinungen der Umgebung sich zeigen, wiederholt. Treten Reizerscheinungen auf, so ist Zinkoxyd als Zinköl (Zinc. oxyd. 60,0, Ol. oliv. 40,0) oder als Zinkpaste ein geeignetes Linderungsmittel, das einige Tage fortgesetzt angewandt wird, so dass dann die Salbe wieder von neuem appliziert werden kann. Verwendet man diese so, dass man bei der geringsten Reizung der Umgebung sofort Zinköl oder Zinkpaste oder auch Zinkpuder anwendet, so braucht man sich nicht zu scheuen, auch grössere Stellen des Körpers (ich habe sehr häufig  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$  der ganzen Körperoberfläche auf einmal eingesalbt) zu behandeln. Vereinzelte und streng lokalisierte Hauterkrankungen behandelt man am bequemsten mit dem Beiersdorfschen Guttaplast, mit Resorzin oder Teerzusatz. Darüber legt man eine Mullbinde oder einen etwas grösseren Heftpflasterstreifen. Auch im Gesicht empfiehlt sich am meisten die Anwendung des Beiersdorfschen Guttaplasts mit Teer oder Resorzin und zur nachherigen Erweichung und Einfettung der Zinkichthyolsalbenmull. Die Behandlung der Inguinalgegend, namentlich bei Erythrasma und Ekzema marginatum erfolgt so, dass man ein- bis zweimal die Salbe aufpinselt oder ein- bis zweimal den Beiersdorfschen Guttaplast aufklebt. Ueber die Salbe kommt eine dicke Schicht Talkum und zum Schutze des Skrotums wird ein mit Watte gepolstertes Suspensorium angelegt. Als allgemeinen Grundsatz der Behandlung möchte ich aufstellen, dass nach 1—2—3—4—5—6tägiger Applikation, je nach der Schwere des Falles und der Beschaffenheit der Haut, immer eine intensive Einfettung der behandelten Stelle einige Tage lang erfolgt. Denn die starke keratolytische und schälende Wirkung hat eine enorme Austrocknung der oberen Hornschicht zur Folge. Zweckmässiger Weise verwendet man die offizinelle Zinksalbe oder Zinkpaste, da man zu gleicher Zeit mit der Einfettung in dem Zinkoxyd ein reizmilderndes Mittel verwendet, oder Lanolin oder Borsalbe oder den schon erwähnten Zinkichthyolsalbenmull.

Indikationen. 1. Psoriasis. 2. Chronische Ekzeme. [Kontraindiziert sind alle akuten und nässenden Ekzemformen.] a) Ekzema seborrhoic. chron. capitis, corporis

et extremitat. b) Ekzema tyloticum. c) Ekzema seborrhoic. sterni. d) Ekzema chronic. cruris. e) Ekzema verrucosum. f) Ekzema unguium. g) Lichen chron. simpl. Vidal. h) Ekzema marginatum. 3. Lichen ruber planus et acuminatus. 4. Ichthyosis und Lichen pilaris. 5. Trichophytia barbae et corporis superficialis. 6. Acne vulgaris dorsi. 7. Pityriasis versicolor, Erythrasma und alle Pilzkrankungen der Haut. 8. Prurigo mitis. 9. Alopecia areata. 10. Zur Einleitung der Lichtbehandlung beim Lupus, da durch die Schälwirkung und die antieckematöse Beeinflussung das meist mit dem Lupus vergesellschaftete Ekzem beseitigt wird.“

Mitteilung: „Es gereicht mir zur Befriedigung, an dieser Stelle mitzuteilen, dass die Erfolge durchaus günstige sind. Die Chrysarobinreizung bleibt bis auf vereinzelte Ausnahmen fort, die dann auch milder verlaufen als die sonstigen lymphangitischen Erscheinungen. Die Dreuwsche Vorschrift hat sich durch gleichzeitige Reizlosigkeit und Wirksamkeit so bewährt, dass ich dieselbe ausnahmslos bei sämtlichen Pat. meiner Anstalt zur Anwendung bringe und einen weiteren Fortschritt in der Handlichkeit und Promptheit der Kur seitdem verzeichnen kann. Auch ist die Einfachheit und Ungefährlichkeit der Methode durchaus geeignet, um zur Nach- und Selbstbehandlung zu dienen; man kann das Mittel den Pat. in die Hand geben, ohne größere Störungen befürchten zu müssen. Die Salbe lässt sich auch bei Prurigo, pruriginösen Infiltraten, veraltetem Lichen ruber ähnlich der Wilkinsonschen Salbe verwenden. Sie ist ziemlich geruchlos und hat Pastenkonsistenz. Der sachliche Vorzug besteht darin, dass gleichzeitig Imprägnation und Schälung zuwege gebracht wird. Jedenfalls darf die Vorschrift ein glücklicher Griff zur Förderung unserer Therapie der Psoriasis genannt werden. Schwerlich wird ein Arzt bereuen, dieselbe verwendet zu haben, vielmehr dem Autor für die praktische Bereicherung unserer externen Arzneitechnik dankbar bleiben.“ Zum Schlusse möchte ich nicht unterlassen, auch die Nachteile hervorzuheben, die sich bei Anwendung meiner Salbe hier und da zeigen. Zunächst ist es der intensive Geruch nach Teer, dann die schwarze Farbe und die hier und da auftretende Reizung der Umgebung der erkrankten Haut und das Versagen der Salbe in manchen Fällen. Da, wo der Geruch unangenehm empfunden wird, habe ich an Stelle von Ol. rusci mit gutem Erfolg ein anderes reduzierendes Mittel, Resorcinum resublimatum, verwandt; auch der

Beiersdorfsche Guttaplast wird mit dieser Modifikation hergestellt. Pittylen, Liantral, Empyroform und ähnliche Teerersatzmittel lassen sich ebenfalls verwenden. Auf die schwarze Farbe, die übrigens die Salbe mit fast allen reduzierenden Substanzen gemein hat, muss man den Pat. vorher aufmerksam machen, damit er alte Leibwäsche anzieht, die dem Verderben ausgesetzt werden kann. Um bei reizbarer Haut, und wenn man grössere Flächen zu behandeln hat, die Reizung der Umgebung der erkrankten Haut zu vermeiden, verwende ich Verdünnungen der Salbe mit Lanolin, die ich im Verhältnis von 1:1, 1:2, 1:3 und 1:4 stets vorrätig habe. Natürlich dauert die Behandlung länger, aber schliesslich wird man auch so langsam und sicher das Ziel erreichen. Auch empfiehlt sich bei zirkumskripten Stellen die vorherige Umrandung mit Zinkleim. Sowie es gegen keine Krankheit ein Allheilmittel gibt, so versagt auch die von mir angegebene Methode in manchen Fällen der obigen Erkrankungen. In den meisten Fällen jedoch ist die Wirkung eine frappante, so dass Joseph in der Anwendung meiner Methode nicht nur eine Beschleunigung, sondern auch eine bedeutende Verbilligung der Behandlung im Vergleich zu den bisher noch vielfach gebrauchten Teerbädern sieht. Joseph sah in vielen Fällen Heilung von Psoriasis bei der geringen Ausgabe von einigen Mark bei Pat., die vorher für 100 Mk. Teerbäder vergebens verbraucht hatten. Wenn es trotz der vielen guten Resultate hier und da Misserfolge gibt, so beweisen diese nur, dass man mit einer einzigen Methode nicht immer auskommen kann, sondern dass in der individuellen Behandlung mit den verschiedensten therapeutischen Methoden je nach den vorliegenden Symptomen die Kunst des Arztes liegt. Es empfiehlt sich daher, je nach dem vorliegenden Falle, die verschiedenen therapeutischen Methoden zu kombinieren, namentlich aber dann, wenn die Heilung aus irgendwelchen uns unbekannten Gründen keine nennenswerten Fortschritte macht. Mir hat sich eine derartige kombinierte Behandlung in der Form bewährt, dass ich morgens (eventuell jeden zweiten Tag morgens) meine Salbe appliziere und abends Unguentum pyrogallol. compos. anwende, abwechselnd mit indifferenter Salbenanwendung (Zinkpaste, Zinköl, Zinksalbe und Reinigungsbädern).

Rp. Acid. salic. 2,0  
Acid. pyrogall. 5,0

Ichtyol. 5,0  
Lanolin ad 100,0  
M. D. S.

Auch Lichtbehandlung abwechselnd mit Salbenapplikation empfiehlt sich in manchen Fällen.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 37.)

- San.-R. Dr. Stenzel (Wittenberge): **Ringförmiges Scheidenpessar aus Hartgummi mit umlegbarem Bügel als Stiel.** Das Pessar besteht aus zwei getrennten Teilen: der flach ausgehöhlten, mit vier Abflusslöchern versehenen Tragplatte und dem bügelförmigen 5 cm langen Stiele. Die Platte trägt an ihrer konvexen Fläche ein 1,5 cm langes, 1 cm dickes zylindrisches Ansatzstück; dieses ist dicht an der Platte senkrecht durchlocht und auf der Längsseite mit zwei Rinnen versehen. Der Bügel läuft parallel aus und endet in zwei senkrecht abgebogene Zapfen. Mit diesen Zapfen wird der Bügel in den Rinnen des Ansatzstückes vorgeschoben, bis er in die am Ende der Rinnen befindlichen Löcher einschnappt und dadurch festgestellt wird. Die Zapfen sind so lang bemessen, dass der Bügel beim seitlichen Umlegen nicht abgleitet und beim Aufrichten wieder in die Rinne zurückspringt. Da der Flächen-durchmesser des Pessars bis zur Spitze des Ansatzstückes nur etwa 3 cm beträgt, so ist das Einführen in die Scheide mit umgelegtem Bügel leicht und einfach: ist das Pessar durch den Scheideneingang gelangt, so dreht man es so, dass der Bügel quer steht, übt mit der linken Hand auf den vorderen Rand einen Gegendruck aus und richtet den Bügel nach hinten auf; dreht man jetzt das Pessar, unter gleichzeitigem Vorschieben wieder so weit zurück, dass der Bügel gleich zur Scheidenspalte steht, so ist die Einführung vollendet. Ebenso leicht gelingt durch dieselben Handgriffe in umgekehrter Reihenfolge die Entfernung. Zu Reinigungszwecken kann der Stiel in umgelegter Stellung durch seitliches Aushebeln entfernt werden; um hierbei das Herausgleiten der Zapfen zu erleichtern, verläuft am Fussende des Ansatzstückes eine flache Rinne.

Die Vorzüge des Pessars sind hiernach folgende:

1. Es ist vollständig aus Hartgummi ohne jeden Metallteil gearbeitet.
2. Der umlegbare Stiel bleibt beim Einführen im Zusammenhange mit der Platte.

3. Die Einführung und Entfernung des Pessars kann von jeder verständigen Frau selbst vorgenommen werden.

Das Pessar ist gesetzlich geschützt und wird von der Gummiwarenfabrik C. Müller-Berlin in den Handel gebracht.

(Zentralbl. f. Gynäkologie 1909 Nr. 46.)

— **Ueber eine durch Handschuhfarbe hervorgerufene Hautentzündung.** Von Dr. Leopold Feilchenfeld (Berlin): „Fräulein Ellen K. litt bereits vor einem halben Jahre an einer Hautentzündung am Rücken des kleinen Fingers der linken Hand. Vor einem Monat bekam sie die gleichen Erscheinungen wie damals an vier Fingern der rechten und einem Finger der linken Hand. Es handelte sich dieses wie das vorige Mal um eine intensive Rotfärbung und Schwellung der Rückenfläche der betreffenden Finger, namentlich an dem Nagelgliede. Berührung war sehr schmerzhaft und die Bewegung der Finger behindert. Dem Aussehen nach konnte man an Frost denken, wofür aber bei der milden Jahreszeit keine Veranlassung vorlag. Es bestand auch keine Aehnlichkeit mit einer oberflächlichen Hautentzündung, einer Lymphgefässentzündung, wie man sie oft bei Köchinnen findet. Ich besprach nun mit der Pat. alle Möglichkeiten, die zu der Hautaffektion geführt haben konnten, und dabei stellte es sich heraus, dass sowohl das erstemal wie bei Beginn und während des Fortschreitens der letzten Hautentzündung ein bestimmtes Paar wildlederne, und zwar gelbgefärbte Handschuhe getragen wurde, die namentlich an den Fingern und besonders bei etwas stärkerem Schwitzen die Farbe hindurchliessen. Beim Umdrehen der Handschuhfinger war auch ganz deutlich intensivere Braunfärbung der den entzündeten Hautstellen entsprechenden Lederpartien nachweisbar. Der Handschuhverkäufer bestätigte mir, dass ihm bereits einmal eine solche Hautaffektion infolge Tragens von Handschuhen von einer Kundin gemeldet worden sei. Unter Anwendung einer Ichthyolsalbe und vor allem nach dem Fortlassen des Gebrauches des angeschuldigten Handschuhpaares heilte die Entzündung im Verlaufe von 14 Tagen. Ich glaube, dass man bei Beachtung der angegebenen Aetiologie häufiger der Entstehung von Hautentzündungen der beschriebenen Art auf den Grund kommen dürfte. Darum hielt ich die Veröffentlichung meiner Beobachtung für nützlich.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 47.)



- **Pitral**, ein farbloses Präparat aus Nadelholzteer, hergestellt von der Firma Lingner in Dresden, empfiehlt M. Joseph (Berlin). Es wurden aus dem Nadelholzteer alle die Stoffe ausgeschieden, welche den üblen Geruch, die intensive Färbung und die Reizwirkungen veranlassen. P., der neutrale Anteil des Nadelholzteers, besitzt dabei die spezifische Heilwirkung in vollem Masse. Die damit hergestellten Salben, Pasten und Schüttelmixturen bewährten sich bei der *Akne*, den *Ekzemen*, dem *Strophulus infantum*. Ausgezeichnete Resultate wurden beim *Lichen chronicus simplex* erzielt, wo zwei- bis dreimal täglich das *reine* Teeröl P. aufgespritzt wurde. Bei den übrigen Dermatosen gelangten entsprechend dem jeweiligen entzündlichen Stadium verschiedene prozentualische Zusammensetzungen zur Anwendung:

Rp. Pitral. 1,0—10,0  
Ol. Rosar. gtt. II.  
Eucerin. ad 100,0  
M. f. ung.

Rp. Pitral. 1,0—10,0  
Ol. Rosar. gtt. II.  
Past. Zink. ad 100,0  
M. f. past.

Rp. Pitral. 1,0—10,0  
Zink. oxyd.  
Amyl. aa 20,0  
Glyzerin. 30,0  
Aq. dest. ad 100,0  
S. Schüttelmixtur.

(Dermatolog. Zentralblatt, September 1909.)

- Seinen verbesserten **Vulvaspreizer** empfiehlt Dr. M. Blumberg (Berlin). Mittels dieses einfachen und billigen Instrumentes kann man — ohne jede Assistenz — sich die Dammwunde übersichtlich freilegen und eine exakte Dammnäht ausführen. Der Vulvaspreizer ist nichts weiter als eine Sperrzange, die am Ende jeder Branche ein Loch hat. Diese Löcher sind zum Befestigen von zwei Backhauszangen (eventuell können es auch einfache Kugeln sein) bestimmt. Man führt die eine Spitze der geöffneten Zange durch das eine Loch, ladet so gewissermaßen den Vulvaspreizer auf die Spitze der Backhauszange auf und klemmt den einen Wundwinkel fest, worauf

man das Griffende der Zange hinter dem Vulvaspreizer versteckt. Ebenso wird auf der anderen Seite verfahren. Spreizt man nunmehr die Sperrzange und lässt sie herunterhängen, so kann man das Dammgebiet vollständig übersehen und nähen. (Münch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 46.)

— **Ueber Brompräparate und Sabromin.** Von Dr. E. Schepelmann (Medizin. Klinik, Halle). Autor fasst seine Erfahrungen wie folgt zusammen: Das Sabromin ist geruchlos; es ist ferner geschmackfrei und unterscheidet sich dadurch nicht nur von den Bromalkalien, sondern auch von manchen anderen neueren Brommitteln. Gegen die Schleimhaut des Intestinaltrakts verhält es sich indifferent und wird deshalb besonders gut vertragen. Durch seine Tablettenform und die Verpackung in Glasröhrchen kann es überall leicht mitgenommen werden. Wegen seiner Geschmacklosigkeit und der lockeren Beschaffenheit der Tabletten lässt es sich jederzeit bequem, eventuell ohne Wasser, nehmen, um so mehr, als die Tabletten von den Patienten auch anstandslos zerkaut werden können. Als therapeutisch wirksam haben sich mir dreimal täglich zwei Tabletten (1 g), etwa eine Stunde nach den Mahlzeiten genommen, am besten bewährt. Auch bei Steigerung der Dosen und bei lange Zeit fortgesetztem Gebrauch werden kaum je Bromintoxikationserscheinungen beobachtet. Das Indikationsgebiet und der therapeutische Wert des Sabromins entsprechen in vollem Umfang dem der Bromalkalien. Der Preis des Präparates hält sich in mässigen Grenzen und gestattet daher eine allgemeinere Verwendung. (Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 50.)

---

## Notiz.

Die heutige Nummer unseres Blattes enthält eine Beilage „**Gelonida**“ von Goedecke & Co., Berlin, auf die wir besonders hinweisen.

---

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

# Natürlicher Mineralbrunnen



**KÖNIGL.**  
Natürliches Mineralwasser  
**FACHINGEN**

aus dem  
**Königl. Mineralbrunnen  
zu Fachingen**  
(Regierungs-Bezirk Wiesbaden.)

## Weltberühmtes Diätet. Tafelgetränk

im täglichen Gebrauch der hervor-  
ragendsten Professoren und Aerzte.

Als durststillendes und erfrischendes  
Getränk besonders geeignet bei  
**Infektions-Krankheiten.**

Von heilwirkendem Einfluss bei:

**Gicht, Harngrises, Nieren-  
und Blasensteinen,**

**Diabetes mellitus,**

**Arteriosklerose** zur Erhöhung der  
Blutalkaleszenz und der Viskosität des  
Blutes,

**Magen- u. Darmkrankheiten,**  
besonders **Hyperaciditas,**

**Magengeschwüren,**

**Dünn- u. Dickdarmkatarrhen,**  
**Leberkrankheiten, Katarrhen**  
der **Gallenwege.**

**Prophylaktisch** bei Neigung  
zu **Cholelithiasis,**

**akuter und chron. Nephritis,**  
**Blasenkrankheiten.**

Unter strengster Kontrolle der Königl. Staatsregierung in rein  
natürlichem Zustande gefüllt.

Aerzten zum eigenen Gebrauch Vorzugspreise.

Literatur auf Verlangen durch die Brunnen-Inspektion zu Fachingen  
(Reg.-Bez. Wiesbaden).

# **Eine diätetische Massnahme,**

die sich nach ärztlicher Erfahrung in allen Krankheitsfällen bewährt hat, ist die Verordnung von Kathreiners Malzkaffee. Er ist absolut unschädlich, hat milden, aromatischen Geschmack und wirkt diätetisch anregend. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben kostenlos zur Verfügung.

## **„Siccator“**

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50.  
Zu haben bei:

**Hermann Ratsch, München, Bayerstr. 25.**

## **Asthmainhalations- Zerstäubungsmittel**

nach Apotheker **Schoellkopf,**

ärztlich anerkannt und bestens empfohlen

bei asthmatischem Katarrh u. Asthma-Anfällen, Emphysem,  
Asthma infolge Heuschnupfen und Krampfhusten.

Das zuverlässigste existierende Asthmamittel. Original-Packung Mk. 7.50;  
kleine (Probe-) Packung Mk. 3.—; vorzügliche Spray-Apparate Mk. 7.50.

Literatur kostenlos. Zu beziehen durch das

**Chemisch-pharmazeut. Laboratorium „Bavaria“, München.**

Apotheker **R. Schoellkopf.**

# Jodtropon-Tabletten.

Jede Tablette à 1 g enthält 0,05 g Jod  
an Tropon gebunden. Angenehm zu nehmen.

~~~~~ Literatur und Proben kostenfrei durch ~~~~~

Troponwerke Mülheim a. Rh.



Warum **Kaisers Kindermehl**
eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis
1/4 kg-Dose 65 ¢

Proben gratis
1/2 kg-Dose 1.25.

Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

Dr. Walther Koch's „Praevalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer
und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung
und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie
und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-
roborierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur
auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Ge-
brauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik
in Döhren bei Hannover.

Deutsch-Südtirol

Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai.

Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt

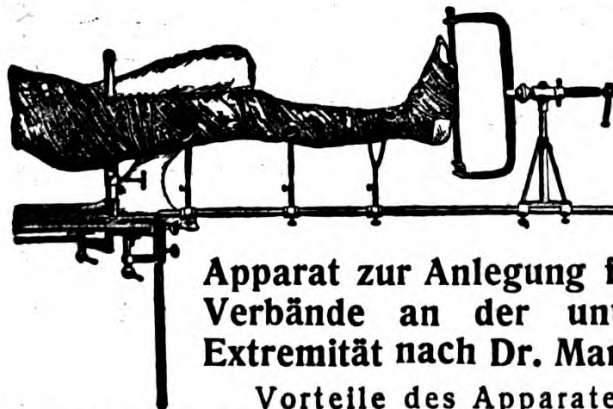
Lenicet

Euvaselin

Bleno-Lenicet-Salben

Dr. R. Reiss'
Lenicet- u.
Euvaselfabrik
Charlottenburg 4

schwerlös-
essigsaurer
Tonerde
in
Streupulvern,
Salben:
Chirurgie
Dermatolog.
Ophthalmolog.
Gynaecolog.



Neuheit!

D. R. P. Nr. 193 523.

D. R. G. M. Nr. 329 682.

vergl.
„Zentralblatt
für
Chirurgie“
Nr. 18,
1908.

Apparat zur Anlegung fester
Verbände an der unteren
Extremität nach Dr. Manasse

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Operation von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
 2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
 3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
 4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.
- Preis Mk. 120.—.** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowerstr. 18/19, Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.**

ohne
ärztliche
Assistenz.

Aus dem Quellniederschlage der
Schwefelquellen des Königl.
Bades Nenndorf, aus neu-
traler Seife und Lanolin,
wird durch Piliieren
hergestellt die
überfettete

Nenndorfer Schwefelseife

Bestes kos-
metisches Mittel
bei unreiner Haut,
Heilmittel bei nassen-
den und trockenen Aus-
schlägen und Flechten, Pso-
riasis vulgaris, Sykosis, Pru-
ritus, Furunculosis etc. etc.

Nenndorfer Mundwasser

ist gegen Stomatitis das wirksamste, an-
genehmste und billigste Mittel zur gründ-
lichen Pflege des Mundes und der Zähne.

Zu haben in den Apoth., ev. durch Apoth.
A. Jacobi, Bad Nenndorf b. Hannover.

**Laxin
Confect**

Original Dose (20 Stück) 1-Mark

**Abführende
Fruchtpasten**

von höchstem
Wohlgeschmack
und sicherer,
milder Wirkung.

Proben und Literatur gratis.

Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.

Nährpräparate:

Prof. Dr.

Soxhlet's

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe
in Pulverform in Dosen von
 $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu 1,50 Mk.

Nährzucker-Kakao in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt
zu 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phos-
phoric. die Dose von $\frac{1}{2}$ kg In-
halt 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat.
saccharat. sol. Ph. IV. die
Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt 2,— Mk.

Leicht verdauliche Eisenpräparate,

klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H. H. Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H.
in Passing bei München.

Albin

H₂O₂-Zahnpasta

stark desinfizierend und desodorisierend, dabei völlig ungiftig. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, foetor ex ore u. dgl.

Lactagel

Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten, Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

Alleinige Inseraten-Annahme:

Digitized by

Google

A. Friedr. Hedtke, Berlin-Schöneberg, Hohenfriedbergstr. 17.

Original from

UNIVERSITY OF MICHIGAN

XIX.
Jahrgang.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

Einzelpreis 45 Pf.

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—
zuzüglich Porto.

№ 8.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Inhalts-Verzeichnis:

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. — Appendicitis, Perityphlitis. — Arteriosklerose. — Cataracta. — Ekzem. — Helminthiasis. — Obstipatio. — Pemphigus. — Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. — Syphilis. — Tuberkulose. — Tumoren. — Typhus. — Vermischtes. — Bücherschau.

Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzenelweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. = Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2—6 Tabletten täglich. = Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes J. = Literatur und Proben kostenfrei.

Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz

CARL SALLMANN IN LEIPZIG.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
Elberfeld-Leverkusen a. Rh.

Spirosal

farb- und geruchloser Ester der Salicylsäure für äusser-
lichen Gebrauch.

**Frei von jeglicher Reizwirkung auf die Haut.
Günstigste Resorptionsverhältnisse.
Prompte Wirkung.**

*Ind.: akuter und chronischer Gelenk- und
Muskelrheumatismus.*

Man verschreibe:

Spirosal-Lösung-Bayer

Originalflacon M. 1.—. * Bei zahlreichen Krankenkassen zugelassen!

Nach Versuchen

in einer bekannten Universitätsklinik führt
der Gebrauch des Mineralwassers der „Kaiser
Friedrich Quelle, Offenbach a. M.“, vermehrte
Ausscheidung von Ur und Xanthinbasen so-
wie Erhöhung des Lösungsvermögens von
Ur herbei. Damit ist die wissenschaft-
liche Basis für die anerkannt vorzüg-
liche Wirkung der „Kaiser Friedrich
Quelle“ bei harnsaurer Diathese ge-
geben.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die
Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

Das Problem der rationellen Phosphorthherapie ist erst durch die Entdeckung des Phytin gelöst worden.

PHYTIN

Stoffwechsel und Appetit anregend, blutbildend, das Körpergewicht erhöhend, Nerven stärkend.

Natürliches Kräftigungsmittel.

Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze.

Aus Pflanzensamen hergestelltes, vollständig definiertes organisches Phosphorprinzip. Enthält 22,8% organisch gebundenen Phosphor in vollkommen assimilierbarer Form.

Rp. 1 Originalschachtel Phytin-Kapseln M. 3,—.

PHYTIN LIQUIDUM.

Für weniger Bemittelte u. Kassenpatienten.
Rp. PHYTIN liq. 1 Originalglas (zirka 6 Tage reichend) M. 1,20.

FORTOSSAN. Phytin-Milchzucker-Präparat für Säuglinge und Kinder unter 2 Jahren.

CHININPHYTIN vereinigt die spezifische Chininwirkung mit der robrierenden des Phytin. ::

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz der versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze zu Trinkkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

Dr. Ernst Sandow's

Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensäure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20, 30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarrhal. u. entzündl. Augenerkrankungen, sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.

Eine konsequent durchgeführte Behandlung mit

Collargol

(Klysmen — Injektionen)

**heilt bei genügender Dosierung viele Fälle
schwerster Allgemeininfektionen,**

Pyämie (besonders puerperale), akuten Gelenkrheumatismus
(namentlich gegen Salicyl hartnäckige Formen),

Typhus, Gonokokkensepsis, Mischinfektion bei Phthise etc.

Salit

**Schnell schmerzstillendes und heilendes
Einreibemittel.**

Salit wird unverdünnt von der Haut vertragen.

Indikationen:

Muskelrheumatismus, leichter ak. Gelenkrheumatismus,
Neuralgien, Tendovaginitis,
rheumatische Pleuritis, Gallensteinschmerzen.

Rp. Salitum purum 50 g in Originalpackung
S. 2—3 mal täglich $\frac{1}{2}$ —1 Kaffeelöffel voll
in die gut gereinigte trockene Haut der schmerzenden Stelle
einzureiben.

Creosotal „Heyden“, Duotal „Heyden“,

altbewährte Heilmittel

bei allen infektiösen Krankheiten der Luftwege.

Proben und Literatur kostenfrei.

**Chemische Fabrik von Heyden,
Radebeul-Dresden.**

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Mal

XIX. Jahrgang

1910

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. Ueber die Des-

infektion der Haut mit Jodtinktur. Von Dr. Feder-
mann (Berlin). „Ich wende die Methode in der eben
beschriebenen Form seit April 1909 an und zwar bei allen
Operationen, sowohl in der Privatklinik, wie in meiner
Poliklinik. In der Privatklinik wurden damit 110 grosse
klinische Eingriffe in $\frac{3}{4}$ Jahren ausgeführt. Bei asepti-
schen, nicht dringlichen Fällen, erhält der Pat. am Abend
vor der Operation ein warmes Bad, wobei die Haut ab-
geseift und rasiert wird. Ein Verband wird während der
Nacht nicht getragen. Ist der Pat. auf dem Operations-
tisch, so wird das Operationsgebiet in ziemlich weiter
Ausdehnung mit der offizinellen 10%igen Jodtinktur mit
Hilfe eines Tupfers bestrichen, bis die Haut eine dunkel
mahagonibraune Färbung angenommen hat. Sobald die
Lösung eingetrocknet ist, was in wenigen Sekunden der
Fall ist, kann die Operation begonnen werden. Nach
Beendigung derselben wird die Nahtlinie nochmals mit
Jodtinktur bestrichen. Bei eiligen Eingriffen, z. B. akuter
Appendicitis, wird der Pat., sowie er auf den Operations-
tisch gelangt, einfach mit Jodtinktur gepinselt, nachdem
das Operationsgebiet vorher trocken rasiert wurde. Bei
diesem Verfahren habe ich unter den obigen 110 Opera-
tionen nur zwei Hautinfektionen leichtester Natur beob-
achtet, wobei in dem einen Falle, der eine Gastroentero-
stomie betraf, die Infektion wahrscheinlich durch eine
Beschmutzung der Haut mit Mageninhalt verursacht wurde.
In allen übrigen Fällen trat Primärheilung ein, und zwar

sind die Narben bei Behandlung mit Jodtinktur zarter und dünner als bei jeder anderen Desinfektion. Unter den 110 Operationen befanden sich ca. 75 Laparotomien, 4 Trepanationen, 7 Kropfexzisionen, Hernien usw. Die Methode ist bei allen Eingriffen und an allen Körperteilen anwendbar. Eine Reizung oder andere Schädigung der Haut habe ich niemals beobachtet. Wie ausserordentlich zuverlässig das Verfahren genannt werden muss, das bewiesen mir zwei Fälle von subkutaner Nachblutung nach Laparotomie, bei denen am siebenten Tage nach der Operation das klare gestaute Blut abgelassen werden konnte. Es ist Ihnen allen bekannt, wie leicht gerade derartige Blutansammlungen bei der geringsten Anwesenheit von infektiösen Keimen infiziert werden. Die Methode ist von besonderem Wert bei infizierten Fällen, die mit Naht behandelt werden, wie infizierten Verletzungen, akuter Appendicitis, Abszessen usw., bei denen in der allergrössten Mehrzahl primäre Heilung erzielt wurde, ohne dass sogar eine Stichkanaleiterung auftrat. Zu diesem günstigen Resultat trägt sicherlich zum grossen Teile die hyperämisierte resp. entzündungserregende Wirkung der Jodtinktur bei. Diese letztere Wirkung trat auch in besonders hohem Masse in Tätigkeit bei den ca. 200 Operationen, die in der Poliklinik ausgeführt wurden, wo es sich in der Mehrzahl um infizierte Fälle handelte. Gerade in der Poliklinik, wo wir einerseits auf möglichste Einfachheit aller Methoden angewiesen sind, wo andererseits die Bedingungen zu aseptischem Operieren keineswegs günstige genannt werden können, bewährt sich die Methode auf das vortrefflichste, indem nahezu alle Eingriffe, wie Entfernungen von kleinen Geschwülsten, Kinderhernien, Schiefhalsoperationen usw. primär heilten. Auch hier wurde von jeder sogenannten Reinigung auch bei beschmutzten Wunden Abstand genommen mit dem Erfolge, dass auch diese letzteren meist glatt heilten. Nach allen diesen Erfahrungen stehe ich nicht an, die Methode für die augenblicklich beste unter allen Desinfektionsmethoden der Haut zu betrachten und sie Ihnen wärmstens zu empfehlen.“

(Berliner mediz. Gesellschaft, 5. I. 10. —

Berliner klin. Wochenschrift 1910 Nr. 2.)

— **Der Wert der Joddesinfektion, geprüft an einem grossen Hernienmaterial.** Von Privat-Dozent Dr. E. W. Baum (Chirurg. Klinik Kiel). Sehr gute Resultate. Der prak-

tische Arzt sollte sich dieser sicheren, schnellen und einfachen Methode auf allen Gebieten der kleinen Chirurgie bedienen.

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 12.)

- Einen **Dampfsterilisator** für den Praktiker hat Prof. Zange-meister konstruiert. Eine zylindrische Büchse hat einen doppelten Boden und doppelte Seitenwände; in dem Aussenraum findet die Dampfentwicklung statt. Ein mit Handgriff versehener Deckel schliesst die Büchse oben ab. Unter diesem befindet sich ein mit ihm fest verbundener Blechboden, der nach den Seiten etwas abfällt und so weit seitlich reicht, dass auf ihm sich niederschlagendes Wasser in den Aussenraum zurückfliesst. Auf dem Deckel ist ein Schornstein. Der Aussenraum wird nun so weit mit Wasser gefüllt, dass der Bodenraum knapp gefüllt ist. Der mit Verbandstoffen versehene Apparat wird geschlossen und auf die Heizquelle — er ist für Spiritus-, Gas- und elektrische Heizung eingerichtet — gesetzt. Sobald der Dampf den Innenraum durchdrungen hat (nach etwa fünf Minuten), kommt aus dem Schornstein ein Dampfstrom. Nun beginnt die Sterilisation, die nach $\frac{1}{4}$ Stunde beendet ist, aber eine Stunde fortgesetzt wird, während welcher Zeit die Heizquelle so klein gestellt wird, dass aus dem Schornstein nicht ein Dampfstrahl, sondern nur eine kontinuierliche Dampfwolke herauskommt. Im Innern spielt sich folgendes ab: Der Dampf strömt durch den Aussenmantel nach oben und dringt dort in den Innenraum ein, nachdem die Verbandstoffe durch die Erhitzung des Aussenraumes genügend gewärmt worden sind, so dass eine Durchfeuchtung vermieden wird. Der überschüssige Dampf entweicht durch den Schornstein. Nach erfolgter Sterilisation verdichtet sich bei der Abkühlung der Dampf nur in den sich zunächst abkühlenden Teilen im Aussenmantel, eine Benetzung der Verbandstoffe findet nicht statt. Infolge der Kondensation im Aussenmantel kommt es dauernd zu Strömungen, die allmählich den gesamten Dampf in den Aussenmantel führen: die Verbandstoffe bleiben völlig trocken. Der Apparat wird von Lautenschläger (Berlin) in folgenden Grössen hergestellt: 15×15 , 20×20 , 25×25 , 30×30 , 40×40 cm. (Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 4.)

- Ueber das „feste“ **Wasserstoffsuperoxyd Pergenol**. Von Zahnarzt Dr. med. J. Sachs (Berlin). Das von den Chem. Werken Dr. H. Byk in Charlottenburg hergestellte P. ist eine nach patentamtlich geschütztem Verfahren hergestellte

Mischung von Natriumperborat und Natriumbitartrat in stöchiometrischem Verhältnis, die beim Lösen im Wasser ausser Wasserstoffsuperoxyd noch Borsäure in Form von Natriumborotartrat liefert. 10 g P. ergeben mit 120 g Wasser eine 1%ige Lösung von H_2O_2 . In sehr vielen Fällen kommt man mit geringeren Konzentrationen aus, umsomehr, als ja ausser dem Wasserstoffsuperoxyd noch ungefähr die doppelte Menge Borsäure in Form von Borotartrat frei wird, die auch ihrerseits ihre bekannte Wirkung entfaltet. Wendet man beispielsweise eine 0,25%ige H_2O_2 -Lösung aus P. an, so ist diese gleichzeitig eine etwa 0,5%ige Borsäurelösung. Da die desinfizierende Kraft des Wasserstoffsuperoxyds und des P. mit steigender Temperatur sehr erheblich zunimmt, so empfiehlt es sich, das P. in warmem Wasser gelöst zu verwenden. Es liegt im P. also ein Präparat vor, das, in trockener Form absolut haltbar, die ex tempore-Bereitung auch höherer Wasserstoffsuperoxydlösungen gestattet. Diese Lösungen sind frei von Mineralsäure und ohne Reizwirkung. Der gleichzeitige Gehalt an dem neutralen Borotartrat ist als willkommene Ergänzung der Wirkung des H_2O_2 zu begrüßen. Die ex tempore-Herstellung der Lösung ist äusserst einfach, wenn man sich folgendes vergegenwärtigt: Von dem käuflichen Pergenol. medicin. pulv. entspricht 1 Esslöffel (= etwa 8 g) rund 1 g H_2O_2 , 1 Teelöffel (= etwa 2 g) rund 0,25 g H_2O_2 und von dem käuflichen P. medicin. Tabletten à 0,5 g jede einzelne 0,06 g H_2O_2 . Man hat es also in der Hand, sich unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse Lösungen von jeder gewünschten Konzentration herzustellen. Will man so höhere Konzentrationen zur Wirkung kommen lassen, so kann man das Präparat auch in Substanz als Pulver benutzen; es entspricht so einem 12%igen Wasserstoffsuperoxyd. Die Lösungen des P. hat Autor mit gutem Erfolg benutzt zur Reinigung des Operationsfeldes, zum Auswaschen der Höhlen, von Wurzelkanälen, Pulpahöhlen, Desinfektion von Wurzelabszessen, Zahnfleischfisteln, zur Behandlung von Alveolarpyorrhoe, Gaumenabszessen, Gingivitis, Soor. Die Konzentration des für diese Zwecke verwandten Wasserstoffsuperoxyds aus P. war 1—3%ig, d. h. Autor verwandte eine 10- bis 25%ige Pergenollösung. Geringere Konzentrationen haben sich schon bei verschiedenen Stomatitiden, bewährt. Prof. Edm. Meyer berichtet, dass er für seine laryngologischen Zwecke mit 0,5%igen H_2O_2 -Lösungen aus P. ausgekommen ist, d. h. mit einer 4—5%igen Pergenollösung. Meyer

hat es nicht nur als Heilmittel bei Stomatitiden, sondern auch als Prophylacticum bei Quecksilberkuren ausgezeichnet wirkend gefunden. Wegen seines festen Aggregatzustandes ist das P. in der Handhabung bequemer als Flüssigkeiten, was für die ambulante Praxis besonders vorteilhaft ist. Die P.-Tabletten sind daher ein bequem mitzuführendes Mittel. Zur Herstellung antiseptischer Lösungen für die tägliche Mundpflege kommt das P. in Form von Mundwassertabletten in den Handel. Dieses letztere Präparat hat Autor zum Zweck der täglichen Mundpflege in seiner Praxis viel verordnet und nur gute Resultate davon gesehen. Für diese Zwecke kommt man natürlich mit geringeren Konzentrationen an Wasserstoffsuperoxyd aus, zumal ja auch die Borotartratkomponente in Wirkung tritt. Mit diesen Lösungen lässt Autor kräftig gurgeln und die Zähne bürsten. Dunkle, unsaubere und trübe Zähne werden nach einiger Zeit gebleicht. Bei syphilitischen Affektionen der Mundhöhle, bei verschiedenen Stomatitiden und Affektionen von Mund und Zähnen ist das P. in dieser Form indiziert. Eine letzte Form des P. ist die der Mundpastillen, die wie Emser Pastillen genommen werden sollen. Da sie das so geschätzte Wasserstoffsuperoxyd zur Wirkung bringen, so zieht Autor diese P.-Mundpastillen ähnlichen Pastillen vor. Bei den genannten Affektionen der Mundhöhle, Stomatitiden, waren sie von derselben Wirkung wie Pergenolgurgelungen, bezw. unterstützten deren gleichzeitigen Gebrauch. Wichtig ist diese Form für die Kinderpraxis, wo man beim Gurgeln und Spülen auf Schwierigkeiten stösst. Die Anwendung hierfür wird durch den guten Geschmack des P. sehr erleichtert. Autor lässt drei bis zehn Tabletten pro Tag nehmen. Der Preis der Mundpastillen ist relativ niedrig, was für die Kassen- und Landpraxis ins Gewicht fällt. Und gerade in der Kassenpraxis haben sich die P.-Mundpastillen als brauchbar und erfolgreich erwiesen. Den verwahrlosten Zustand der Mundhöhle, wie er sich bei dem Gros der arbeitenden Klasse findet, mit den vollständig zerstörten Zähnen, den übelriechenden, faulenden Wurzeln und der hochgradig entzündeten ulzerösen Schleimhaut braucht man wohl nicht zu schildern. Hier kann eben nur durch gründliche Extraktion aller zerfallenen Zähne resp. Wurzeln in tiefer Narkose eine radikale Heilung herbeigeführt werden. Bei diesen ausgedehnten Operationswunden — es handelt sich zumeist um 15—24 Extraktionen — ist die Nachbehandlung solcher Pat., die fast immer unmittelbar nach der

Operation resp. Narkose ihrer Arbeit nachgehen müssen und an irgendwelche Antisepsis nicht denken können, eine schwierige Frage. Und am nächsten Tage konnte Autor es regelmässig erleben, dass die Pat. furchtbaren Foetor ex ore und ganz ulzerierte und nekrotisch zerfallene Wundränder zeigten, so dass er bei ihnen täglich ausgiebige Sublimatausspritzungen vornehmen musste. Nun gab er den Pat. von P.-Mundpastillen mehrere Röhrchen mit und fand am nächsten Tage ein völlig verändertes Bild. Geruch aus dem Mund war nicht mehr vorhanden, die Wundränder waren rein, schmerzlos, legten sich gut aneinander und zeigten Tendenz zur Heilung. Bei fortgesetztem Gebrauch der Mundpastillen ging die Heilung gut und rasch von statten. Ferner haben sich bei Nachblutungen post extraktionem Tampons mit reinem Pergenolpulver als äusserst brauchbar erwiesen. Selbst profuse Blutungen, bei denen vielfach andere hämostatische Mittel versagten, standen durch Pergenolpulver in verhältnismässig kurzer Zeit.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 8.)

Appendicitis, Perityphlitis. Ein Fall von P., bedingt

durch das Glied eines Bandwurms. Von Dr. M. Tiegel (Städt. Luisenhospital zu Dortmund). „21jährige junge Dame, die früher stets gesund gewesen ist. Seit etwa einem halben Jahre klagt sie über wechselnde Leibschmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Diese waren beim erstmaligen Auftreten so heftig, dass sie eine achttägige Bettruhe notwendig machten. Kein Erbrechen während des damaligen Anfalles. Die Beschwerden stellten sich seitdem häufig in geringerem Grade ein. Etwa 14 Tage vor der Aufnahme ins Hospital wieder Verschlimmerung, so dass Pat. sich drei Tage zu Bett legte. Darauf bald wieder Besserung, wenn auch geringe stechende Schmerzen in der Appendixgegend (namentlich bei Bewegungen) nicht ganz schwanden. Bei der ersten Konsultation, die etwa acht Tage vor der Operation erfolgte, konnte ich ausser einer sehr geringen Druckempfindlichkeit am Mc. Burneyschen Punkt keinen weiteren Befund erheben. Nach acht Tagen kam Pat. wegen heftiger gewordener Beschwerden zur Aufnahme (8. September 1909). Die Druckempfindlichkeit in der Appendixgegend war erheblich stärker ausgesprochen; bei tieferem Eindrücken leichte Muskelspannung, sonst Leib weich. Puls 80, Temperatur 36,5. Gutes Allgemeinbefinden. Operation. 9 cm langer Schrägschnitt. An dem langen und sehr beweglichen Coecum befinden

sich einige zarte Auflagerungen. Der Processus ist stark injiziert und turgeszent. An seiner freien Spitze zeigt er eine kolbige Auftreibung, die sich fluktuierend anfühlt. Typische Amputation. Primäre Naht der Bauchdecken. Der Heilungsverlauf war ein normaler. Am aufgeschnittenen Processus war eine starke Schwellung der Schleimhautfollikel zu bemerken. Die stark gerötete Schleimhaut gewann dadurch ein höckeriges Aussehen. Besonders stark ausgesprochen waren diese Erscheinungen an der kolbig verdickten Spitze, die in ihrem Lumen ein schmales (wahrscheinlich dem Kopfteile angehöriges) Glied einer Tänie heherbergte. Die Proglottide zeigten noch lebhaft Kontraktionen.

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 2.)

- **Ueber traumatische A.** Von Dr. Pohl (Warmbrunn). Autor bringt einen interessanten Fall und sagt einleitend: „Dieser Fall bringt von neuem den Beweis, dass es eine traumatische P. gibt, sodann beleuchtet er die Entstehungsursache einer traumatischen A. derart, dass ich glaube, es vielleicht nicht von der Hand weisen zu dürfen, dass auch unbedeutendere Traumen zur A. führen können und sich eine A. nicht unmittelbar an ein Trauma anzuschliessen braucht, sondern auch als traumatische aufzufassen ist, falls die Entzündung sich auch erst einige Tage später einstellt, bzw. zum Ausbruch kommt.“

Am 13. August wurde ich mittags zu einem Herrn G. durch den behandelnden Arzt zur Konsultation gebeten. Die Anamnese ergab, dass Pat., der bis dahin von einer geradezu unverwüstlichen Gesundheit und bis zum Unfall vollständig schmerz- und beschwerdefrei war, am Abend vorher den Gasmotor im hiesigen Krankenhaus reparierte und beim Andrehen — wie bei einer Autokurbel — von der Kurbel, die zurückschlug, gegen die rechte Unterleibsseite getroffen worden war. Der Schmerz war derartig heftig, dass ihm übel wurde, und er von der weiteren Arbeit abstehen musste. Er schleppte sich noch bis 200 m vor seine Wohnung, dort rief er eine vorüberfahrende Droschke an, weil er nicht mehr weiter konnte und wurde langsam nach Hause gefahren. Er legte sich zu Bett und machte sich kalte Umschläge. Da am Leibe eine ganz leicht bläulich gefärbte Stelle zu sehen war, nahm er trotz Uebelkeitsgefühl an, dass es sich nur um eine starke Quetschung handle. Die Schmerzen liessen auch bei Bett-ruhe und Umschlägen nach, nahmen aber gegen Morgen mehr und mehr zu, so dass er endlich zum Arzt sandte,

der ihm eine Morphinuminjektion machte. Als ich den Pat. am Mittag, ca. 16 Stunden nach dem Unfälle, sah, machte er einen ziemlich verfallenen Eindruck, klagte über starke Schmerzen im ganzen Leibe, Temperatur war, 37,5, Puls ca. 106, Zunge trocken, Leib überall druckempfindlich, namentlich am Mac Burneyschen Punkt, Blumberg stark positiv, 2 cm nach innen und etwas nach unten von der Spina ant. sup. ein ca. zweimarkstückgrosser, leicht bläulich verfärbter Fleck auf der Haut. Ich war mit dem Kollegen der Meinung, dass es sich um eine Darmruptur in der Blinddarmgegend handle, und empfahl sofortige Operation, die Pat. nach zwei Stunden Ueberlegung auch zugab.

Operation: Schnitt in der Blinddarmgegend; nach Eröffnung der Bauchhöhle und Lösung der ganz leichten Netzverklebungen in der Blinddarmgegend kommt die entzündete Kuppe des Wurmfortsatzes zum Vorschein, dessen Ende nach der Bauchwand zu im Fett quasi stehend mit eitrigem Fibrinbelag belegt, verdickt und entzündet war; dann folgt eine vollständig normal aussehende Stelle von ca. 4 cm, ca. 1½ m von der Ansatzstelle am Coecum eine etwas über linsengrosse Perforationsöffnung, um die herum die Wandung dünn, wie gequetscht aussah, und um diese ein entzündlicher Reaktionshof. Um das Präparat zur mikroskopischen Untersuchung in seiner ganzen Länge zu erhalten, wurde die Appendix direkt am Coecum durch Zökalschnitt abgetragen.

Das Präparat war ein ca. 8½ cm langer Wurmfortsatz. Vom Ansatz aus in ca. 1½ cm Entfernung die schon oben erwähnte Perforationsöffnung, dann die ca. 4 cm lange normale Stelle, dann das 3 cm lange Ende, dessen Serosa eitrig belegt war und das sich wurstförmig vom vorigen Stück abhob.

Nach vorsichtigem Aufschneiden kam aus dem wurstförmigen Stück an der Spitze blutigschmieriger Inhalt heraus, das gesund aussehende Stück war leer. Die Schleimhaut dieses Stückes, das auch äusserlich vollkommen normal aussah, war vollständig intakt, blass, mit einem Wort gesund. Die Schleimhaut des Endstückes dagegen war geschwollen und gerötet. An der äussersten Kuppe war ein Schleimhautdefekt, die Wand des Blinddarmes dünn, es sah aus, als ob die Schleimhaut gesprengt bzw. eingerissen sei. Am Ansatzteil dieselben Verhältnisse, um die Perforationsöffnung die entzündliche Reaktion.

Der Verlauf war ein normaler, und Pat. verliess nach 2 1/2 Wochen das Krankenhaus.

Wenn wir uns nun den Befund vor Augen führen, so gibt er uns meiner Meinung nach auf die oben aufgeworfenen Fragen die Antwort in ganz klarer Weise. Es hat sich hier um eine Darmruptur des Wurmfortsatzes am Ansatzteil gehandelt; da sonst keine Ursache gefunden wurde, kann diese nur durch den Schlag hervorgerufen worden sein. Der eine Teil ist also abgerissen oder wenn man will, gequetscht worden, der Inhalt oder vorhandene Gase oder Inhalt mit Gasen sind nach der Peripherie gedrängt bzw. geschleudert worden und haben dort einen Einriss der Schleimhaut mit Blutung erzeugt. Dieses Blut bildete dann den geeignetsten Nährboden für die Bakterien der Darmflora, welche letztere in den Riss eindringend auch nun das Wurmfortsatzende in sekundäre Entzündung versetzten. Da die Operation innerhalb der ersten 20 Stunden erfolgte, war es möglich, den Befund zu erheben, der meines Erachtens keine andere Deutung zulässt. Später operiert hätte auch dieser Fall zu denen gezählt, die keine Aufklärung geschaffen.

Muss hierbei zugegeben werden, dass es sich um eine grössere Gewalteinwirkung gehandelt hat, so dürften doch auch analog kleinere Traumen durch Schädigungen der Schleimhaut, seien dies nun Einrisse oder Quetschungen derselben, zu Wurmfortsatzentzündungen mit sekundären Eiterungen führen. Durch Aenderung des abdominalen Druckes kann der Inhalt, wozu ich auch Gase rechne — namentlich wenn dabei der Dünndarm gegen den Beckenring gedrückt wird und Kotmassen im Dickdarm den Weg nach dem Colon transversum zu versperren — in die kleine Appendixöffnung gepresst werden und so zur Schädigung der Schleimhaut führen. Nur so wäre es auch vielleicht erklärlich, dass eine Wurmfortsatzentzündung sich nicht unmittelbar an ein Trauma anschliessen braucht. Je kleiner die Schädigung, desto unwahrscheinlicher die sofortige Entzündung. Ob und inwieweit diese Erklärung sich als stichhaltig erweisen wird, werden Versuche zeigen, die ich in dieser Richtung anstelle, und vielleicht auch der eine oder andere in den ersten 10—12 Stunden operierte Fall.

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 13.)

Arteriosklerose. Ueber Jodomenin bei A. Von Dr. E.

Gumpert (Berlin). 35 Fälle behandelt mit 3—4 Tabletten pro die. In allen Fällen — mit einer Ausnahme — Besse-

rung der subjektiven Beschwerden, wie auch objektiv (Herzbefund, Blutdruck usw.). Man muss das Mittel längere Zeit geben, in jedem Monat eine 8—14 tägige Pause machen oder nach mehreren Wochen das Mittel längere Zeit aussetzen. Auch wenn es schon zwei Jahre gegeben ist, sollte man es mit Unterbrechungen weiter reichen.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1910.)

- **Die klimakterische resp. praeklimakterische Atherosklerose, eine Folge innersekretorischer Störungen.** Von Dr. Schuster (Bad Nauheim). Die Häufigkeit einer frühzeitig auftretenden klimakterischen, besser noch praeklimakterischen Atherosklerose, besonders der Aorta, ist gegenüber dem männlichen Geschlechte auffallend. Die „Ausfallserscheinungen“ bei der natürlichen Cessatio menses, resp. dem künstlichen Ausschalten der Ovarientätigkeit spielen sich zum grossen Teil am Zirkulationsapparate ab (Blutwallungen, Herzklopfen, Tachykardie). Sie sind als eine Hyperfunktion des sympathikotropen Systems anzusehen (Sympathikus, Nebenniere, z. T. Thyreoidea und ebenso Hypophysis), welches ja bekanntlich mit einer gewissen Einschränkung bezüglich der beiden letztgenannten Organe in Gegensatz zu den mehr der autonomotropen Gruppe angehörenden Ovarien steht. Gewinnen im Praeklimakterium die Nebennieren die Ueberhand bei Hypoeventuell auch vereint mit Hyperfunktion der Thyreoidea, so kommt eine Adrenalwirkung zustande, die, wie experimentell nachgewiesen ist, gerade an der Aorta Veränderungen hervorruft, welche der Atherosklerose sehr ähnlich sind. Bei Hypofunktion der Ovarien haben Vergrösserung der Nebennieren beobachtet Thumim, Theodossieff, Neugebauer, Marchand, La Renon, Brotz, Fibiger usw. Hypofunktion der Ovarien geht also oft einher mit Hyperfunktion der Nebennieren. Das Ovarium hat aber noch andere intensive Beziehungen vor allem zur Thyreoidea. Hypofunktion der Thyreoidea (Aplasie) geht einher mit Hypofunktion der Keimdrüsen nach v. Eiselsberg, Hofmeister, v. Rosthorn, Gluczinski (klimakterisches Myxoedem). Hypofunktion der Ovarien kombiniert sich also oft mit Hypofunktion (aber auch mit Hyperfunktion) der Thyreoidea. Ausschaltung der Thyreoidea kann Atherosklerose der Aorta und Hypertrophie der Nebennieren erzeugen, wie v. Eiselsberg, Bourneville, Maresch, Marchand, F. Heyn beziehungsweise Pick und Pineles nachgewiesen haben. Es kann, kurz gesagt,

die Hypofunktion der Ovarien (Praeklimakterium) allein oder summierend mit Hypo- eventuell auch Hyperfunktion der Thyreoidea zur Hyperfunktion der Nebenniere und zur Atherosklerose insbesondere der Aorta führen. Es gibt ähnliche Kombinationen z. B. Diabetes (Hypofunktion des Pankreas, Hyperfunktion der Nebennieren) ist oft kompliziert mit Impotenz (Hypofunktion der Keimdrüsen) und Atherosklerose.

(Fortschritte der Medizin 1910 Nr. 9.)

Cataracta. Kommen bei seniler Katarakt Spontanheilungen

vor? Von Dr. Franz Becker, Augenarzt in Düsseldorf. Autor schreibt: „Die neuen Methoden, welche in jüngster Zeit zur Behandlung unreifer Stare in Vorschlag gebracht worden sind, erfordern gebieterisch eine endgültige Lösung der Grundfrage, ob und wie weit überhaupt die pathologischen Veränderungen bei seniler C. rückgängig werden können. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass das tiefe Misstrauen, welchem die angeblichen Erfolge von v. Pflugk und Römer vielfach begegnen, sich zu einem guten Teile daher schreibt, dass eben nach allgemeiner Annahme die makroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen beim Altersstar keiner Rückbildung fähig sind. Hervorragende Ophthalmologen mit reicher Erfahrung haben diesen Satz aufgestellt (z. B. schon Eduard v. Jäger), und darum gilt er vielen als unumstößliche Tatsache. Man gibt zu, dass bei leichter Verletzung der Linse der traumatische Star ausbleiben, bezw. die geringe zunächst entstehende Trübung wieder verschwinden kann — ich selbst verfüge über mehrere derartige Beobachtungen —, man gibt allenfalls auch zu, dass selbst Trübungen der Corticalis, wie sie in seltenen Fällen bei jüngeren Individuen beobachtet worden sind, sich aufhellen können. Beim eigentlichen Altersstar aber soll nach Ansicht vieler Ophthalmologen wohl ein längerer Stillstand, ja selbst eine vorübergehende Besserung der Sehschärfe, aber keine eigentliche Rückbildung der makroskopisch wahrnehmbaren Trübungen möglich sein. Richtig scheint dabei allerdings zu sein, dass es sich selbst bei den sogenannten therapeutischen Erfolgen, über die jetzt von verschiedenen Seiten berichtet wird, weniger um eine Aufhellung bereits getrübter Partien handelt, als vielmehr, wie sich Elze ausdrückt, um eine Erhöhung der Durchsichtigkeit noch nicht getrübter Teile. Ich glaube ebenfalls in den letzten 1½ Jahren einige bescheidene Erfolge bei beginnender sen. C. erzielt zu haben, aber ich habe ganz in Uebereinstimmung mit Elze durch-

aus den Eindruck gehabt, dass die gröberen Trübungen dabei keinerlei Rückbildung erfuhren. Nur jener feine hauchartige Schleier, der bei Fällen, welche bereits zu stärkerer Herabsetzung der Sehschärfe geführt haben, wohl immer vorhanden ist, wird bei der Behandlung dünner und durchsichtiger. Man kann das manchmal noch besser bei der Betrachtung des ophthalmoskopischen Bildes, als bei der einfachen Durchleuchtung wahrnehmen, insofern man öfters den deutlichen Eindruck gewinnt, dass z. B. die Contouren der feineren Netzhautgefäße allmählig viel schärfer hervortreten wie im Anfange. Umsomehr wurde ich im letzten Sommer durch eine Beobachtung überrascht, die ich anfangs geradezu Bedenken hatte zu veröffentlichen. Erst als ich zufällig fand, dass bereits Otto Becker etwas ganz ähnliches beobachtet haben will, habe ich mich entschlossen auch meinen Fall mitzuteilen, zunächst in der Absicht, auch andere Kollegen, welche vielleicht ähnliches beobachtet haben, zu einer Mitteilung zu veranlassen. Die Krankengeschichte meines Falles ist kurz folgende: Im Sommer 1907 konsultierte mich eine, mir auch sonst bekannte, in den 60er Jahren stehende Dame zunächst zum Zwecke einer Brillenbestimmung. Die Dame war damals körperlich leidend; ihr Mann war vor einigen Monaten gestorben und sie hatte, wie sie mir erzählte, deswegen und wegen andrer trauriger Familienereignisse in letzter Zeit sehr viel geweint; sie glaubte darnach eine Abnahme ihrer Sehkraft beobachtet zu haben. Bei der Sehprüfung ergab sich zunächst nichts besonderes. Die Sehschärfe betrug auf beiden Augen mit konvex 2 D $\frac{5}{8}$; in der Nähe wurde mit konvex 4,5 D noch Jaeger Nr. 2 gut gelesen. Bei der fokalen Beleuchtung bzw. Durchleuchtung aber erkannte ich sofort, dass es sich um eine beginnende C. handelte. Schon bei nicht erweiterter Pupille waren auf beiden Augen deutlich mehrere strichförmige Trübungen zu erkennen, welche vom Linsenäquator ausgehend bis über den Irisrand hervorragten. Ich hielt es zunächst nicht für nötig, die Dame über die Natur ihres Leidens aufzuklären, und begnügte mich mit der Verschreibung der entsprechenden Brillen. Ich notierte mir jedoch den Befund genau und machte auch nach dem Gedächtnisse zu meinem Journaleintrag eine kleine Bleistiftskizze. — Im letzten Sommer nun konsultierte mich die Dame abermals, ebenfalls nur zum Zwecke einer Brillenbestimmung. Sie hatte sich in der Zwischenzeit sehr erholt und sah blühend und gesund aus. Da mir jedoch die Dame, wie gesagt, per-

sönlich bekannt ist, erinnerte ich mich sofort an meinen früheren Befund und schlug in meinem Krankenjournal nach. Ich war sehr darauf gespannt, welche Fortschritte der Star inzwischen gemacht hatte, und wunderte mich eigentlich schon ein wenig, gar keine spontanen Klagen über Abnahme des Sehvermögens zu vernehmen. Die Sehschärfe war in der Tat noch dieselbe wie vor zwei Jahren. Ausserordentlich erstaunt aber war ich, als ich auch bei sorgfältigster Untersuchung und beim Vergleich mit meiner früheren Skizze keine Spur einer Linsentrübung nachweisen konnte. Auf beiden Augen erschien die Linse, wenigstens bei nicht erweiterter Pupille, vollkommen klar und durchsichtig. Ich habe hinterher bedauert, kein Mydriatikum angewendet zu haben, aber auch so kann ich mich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass in diesem Falle die kataraktösen Linsentrübungen völlig spontan, mindestens erheblich zurückgegangen sind, allerdings wohl im Zusammenhang mit einer Besserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Es wäre jedenfalls interessant zu erfahren, ob ähnliche Beobachtungen noch von anderer Seite gemacht sind. Erfahrungen ähnlicher Art würden jedenfalls geeignet sein, einen zu weit gehenden Pessimismus bei der Behandlung beginnender Stare doch etwas einzuschränken.“

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene d. Auges 13. Januar 1910.)

Ekzem. W. Pick, **Die Therapie des E. der Kinder.** Nachdem sich Autor über die Diätotherapie des Kindereczems verbreitet, gibt er die lokalen Massregeln wieder, die sich auf der Hautabteilung des I. Wiener Kinderkrankeninstituts bewährt haben. Er sagt darüber: „Wenden wir uns nun der lokalen Therapie des E. zu, so gibt es, wie oben erwähnt, nur eine Form, bei welcher wir allein durch Anwendung einer lokalen Therapie zum Ziele kommen, und das ist das ausschliesslich durch lokale Ursachen bedingte Eczema intertrigo. Hier hat uns besonders eine Salbe gute Dienste geleistet, die in jedem Stadium dieses E., sei es nun nässend oder bereits squamös, angewendet werden kann. Es ist dies eine $\frac{1}{2}$ %ige Chrysarobinsalbe von folgender Zusammensetzung:

Rp. Lithargyr. 10,00
 Ol. olivar. 40,00
 Mf. unguentum, adde Chrysarobin. 0,50
 MDS. Salbe.

Diese Salbe wird auf Leinwand, Kalikot, Lint oder ähnliches dick aufgestrichen, der Salbenfleck wird mit einer Binde fixiert, der Verband morgens und abends gewechselt, bei jedesmaligem Verbandwechsel werden die betreffenden Stellen mit Watte und Puder (Reismehl) gereinigt. Gewaschen wird nicht. Unter dieser Behandlung sehen wir das E. in auffallend kurzer Zeit das Nässen einstellen, ablassen und heilen. Bei dem Eczema crustosum (Crusta lactea) des Gesichtes und der Kopfhaut müssen zunächst die auflagernden Krusten entfernt werden, was am zweckmässigsten durch Salbenverbände geschieht; wir verwenden zumeist folgende Salbe:

Rp. Unguent. diachylon
(sine oleo lavandul.) 80,00
Ol. jecor. asell. 20,00
Mfu. DS. Salbe.

Auch hier wird der Verband morgens und abends gewechselt; die Entfernung der Krusten auf der Kopfhaut wird durch jeden zweiten oder dritten Tag vorgenommene Waschungen mit warmem Wasser und Sapo kalin. beschleunigt, im Gesicht sind Waschungen zu vermeiden. Diese Salbenverbände werden dann fortgesetzt, wenn die Krusten entfernt sind und das E. die Form des Eczema rubrum madidans angenommen hat. Hat das Nässen aufgehört oder liegt von vornherein ein Eczema papulatum oder ein Eczema squamosum vor, so lassen wir einmal im Tage eine Einpinselung mit Ol. rusci mittels Wattebäuschchen vornehmen und applizieren erst darüber die Salbe. Bei dem trockenen oder schuppigen E. des Gesichtes verwenden wir folgende Salbe:

Rp. Ung. sulfur. Wilk. 1,00
Ol. jecor. asell. 2,00
Zink. oxyd.
Amyl. trit. aa 5,00
Vaselin. qu. s. u. f. pasta
Mfp. DS. Salbe.

Für die Behandlung des E. des Stammes und der Extremitäten gelten die gleichen Regeln. Bei nässenden und krustösen E. verwenden wir die oben erwähnte Lebertran-Diachylonsalbe, bei trockenen E. eine Wilkinson-Zinkpaste. Mit dieser geringen Zahl von Salben werden wir fast in allen Fällen unser Auslangen finden. Nur ganz ausnahmsweise wird, und zwar zumeist bei stark

nässenden E., die Lebertran-Diachylonsalbe nicht vertragen, die Erfahrung lehrt, dass in diesen Fällen Salben überhaupt ein schlechtes Resultat ergeben und dass hier nur eine völlig indifferente Therapie am Platze ist. In solchen Fällen wenden wir zunächst nur wiederholt am Tage vorgenommene Einstreuungen mit Puder an. Als Puder verwenden wir:

Rp. Zinc. oxyd. 5,00
Talc. venet. 20,00
Amyl. tritic. 75,00
MDS. Puder.

Die hierdurch entstehende, oft sehr dicke Kruste schützt die erkrankte Haut vor äusseren Schädlichkeiten, stellt sie gleichsam ruhig, die Entzündungserscheinungen gehen zurück, und es gelingt dann zumeist schon nach einigen Tagen, die vordem nicht vertragene Salbenbehandlung einzuleiten. Sehr wichtig sind die weiteren Verhaltensmassregeln, durch welche nach dem Abheilen eines E. Rezidive verhütet werden; dieselben decken sich mit jenen Massnahmen, die überhaupt der Hygiene der kindlichen Haut entsprechen. Hierbei ist zunächst das Badewasser zu beachten, welches, namentlich wenn es sehr reich an Salzen (hart) ist, eine der hauptsächlichsten Schädlichkeiten bildet; dieselbe kann durch einfaches Abkochen gemildert werden, noch zweckmässiger ist es, wenn dieses Abkochen mit Weizenkleie (zirka zwei Hand voll für ein Bad) mit nachherigem Durchpassieren durch ein Leintuch geschieht. In diesem Wasser können die Kinder, wenn nicht gerade E. oder Kontraindikationen von seiten innerer Organe vorhanden sind, täglich gebadet werden. Seife ist hierbei nicht zu häufig, höchstens an einem oder zwei Tagen der Woche zu benützen, und zwar am besten in Form einer überfetteten (Lanolin-) Seife. Mit in Kleienwasser getauchten Wattebäuschchen werden die Kinder auch nach jeder Beschmutzung durch Stuhl oder Urin gereinigt, dann mit Watte gut abgetrocknet, hierauf, wie nach jeder Waschung und nach jedem Bade überhaupt, mit folgender Hautcrème eingerieben:

Rp. Hydrarg. praecip. alb. 1,00
Lanolini 40,00
Vasellini 100,00
Mfu. DS. Hautcrème.

Die Crème wird durch Abwischen mit weichen Leinenlappen, namentlich an den Beugefalten, wieder entfernt

und hierauf Puder eingestaubt. Durch Anwendung dieser Crème auf der Kopfhaut der Säuglinge wird die Bildung der als ‚Gneis‘ bekannten Auflagerung fettiger Schuppen sowie des daraus sich entwickelnden Kopfeekzems verhütet. Selbstverständlich ist darauf zu achten, dass die Kinder nie längere Zeit in durchnässten Hüllen liegen und dass die gebrauchten Windeln gründlich ausgekocht werden. Viel zweckmässiger als Leinenwindeln überhaupt ist deren Ersatz durch ganz weiches, dem japanischen Papier ähnliches Filtrierpapier, welches immer wieder erneuert wird und das Waschen der Windeln überhaupt überflüssig macht. Leider ist diese Methode auch unter den Aerzten noch zu wenig populär, und der Vorschlag, statt Windeln Filtrierpapier zu verwenden, kommt gewöhnlich zu spät, wenn die ersteren bereits angeschafft sind. Sehr schädlich ist auch das Umwickeln der Kinder mit einem Gummi-stoff; es wird hierdurch gleichsam eine feuchte Kammer geschaffen, in welcher sich die verschiedenen Se- und Exkrete nur noch rascher zersetzen und die Haut reizen müssen. In der Prophylaxe des E. spielen alle Massnahmen der Pflege der kindlichen Haut eine grosse Rolle; in der Therapie desselben wird die richtige Anwendung der wenigen angeführten Mittel zum Ziele führen. Die Zahl dieser Mittel hätte durch Anführung anderer, gleichfalls verwendbarer Salben, Pasten, Lotionen, Ersatzpräparate des Teers usw. beliebig vergrössert werden können, doch wäre die Behandlung des Themas dadurch ganz unnötigerweise kompliziert worden, denn alle diese Mittel können bei unzeitgemässer Anwendung zwar viel mehr schaden, niemals aber mehr nützen als die empfohlenen.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 40.)

- **Ein Beitrag zur Jothion-Therapie.** Von Dr. H. Leyden. In einem Falle von nässendem *Hautekzem* im Gesicht bei einem dreijährigen Kinde, vom Dienstmädchen akquiriert und dann auf die Eltern übertragen, brachte Jothion-Glyzerin in der Komposition:

Rp. Jothion (Bayer) 2,5
Alkohol. absol. 10,0
Glyzerin ad 50,0

in wenigen Tagen allen Pat. Heilung.

(Therap. Monatshefte 1910 Nr. 2.)

Helminthiasis. Ueber Vorkommen und Behandlung von

Erkrankungen an *Oxyuris vermicularis*, besonders bei Erwachsenen. Von Prof. Dr. W. Zinn (Berlin). Autor hat mit folgender Behandlung bei Erwachsenen (bei Kindern entsprechend geringere Dosen!) in wenigen Tagen radikale Heilungen erzielt:

1. Tag: Leichte, flüssige und breiige Kost. Nachmittags 3 Uhr Kalomel, Tuber. Jalap. \overline{aa} 0,5; 6 Uhr Seifenlauf von 1—2 $\frac{1}{2}$ l, warm. Dadurch wird der ganze Darm gut entleert und für die Einwirkung des Wurmmittels vorbereitet.

2. Tag: Flüssige Nahrung, mit 2—4 Buttersemmeln. Früh eine Tasse schwarzen Kaffees. Vormittags 8, 10 und 12 Uhr je ein Pulver von Santonin 0,05, Kalomel 0,1. Nachmittags 2 Uhr zwei Esslöffel Rizinusöl. Bei wenig Stuhl um 4 Uhr die gleiche Dosis.

3. Tag: Flüssige und breiige Kost. Früh warmes Vollbad. Vormittags und Nachmittags je ein Einlauf (event. in Knieellenbogenlage) mit je 1—2 $\frac{1}{2}$ l 0,2- bis 0,5%iger warmer Lösung von Sapo medicatus.

4. und 5. Tag: Dasselbe. Abends warmes Bad.

Vor und nach jeder Mahlzeit sorgfältiges Waschen der Hände mit warmem Wasser, Seife und Bürste, danach mit Alkohol oder Sublimat (1:3000). Nach jeder Defäkation sorgfältige Waschung der Analgegend und der Hände. Die Arzneien werden zwischen den Mahlzeiten gegeben. Die Kost sei knapp.

Der Pat. wird über den Weg der Ansteckung genau belehrt, so dass er das Wesen der Behandlung versteht. Nach Beendigung der Kur Wechsel der Leib- und Bettwäsche. So einfach die Behandlung ist, so schwierig gestaltet sich in der Regel ihre Ausführung in der Wohnung des Pat. Ich empfehle deshalb den Kranken in der Regel die Krankenhaus- oder Klinikbehandlung. Nur hier ist die Kontrolle der Kur durch die Untersuchung sämtlicher Stuhlentleerungen möglich. Das Auffinden der Würmer gelingt leicht durch vorsichtige Durchspülung der Stühle mit Wasser in einem Stuhlsieb (nach Strauss o. a.), event. nach vorherigem Anrühren der Stühle zu einem gleichmässigen dünnen Brei. Verfügt man nicht über solche Einrichtungen, so kommt man auch mit dem Aufgiessen von Wasser und wiederholtem vorsichtigen Abgiessen, bis zuletzt nur die Würmer am Boden bleiben, zur Not zum Ziele. Die spezifisch schwereren Tiere sammeln sich am Boden, die leichteren, fein verteilten Stuhlpartikel

werden hinweggeschwemmt. — Die mitgeteilten Beobachtungen beweisen, dass es oft gelingt, in wenigen Tagen die Oxyuren sicher zu entfernen. Bei Erwachsenen und älteren Kindern ist Autor mit fünf Tagen ausgekommen, bei Kindern jüngeren Alters verlängern die Schwierigkeiten der Einläufe gelegentlich die Kur um einige Tage. Hier empfiehlt sich die Wiederholung nach acht Tagen, um etwa zurückgebliebene Exemplare zu entfernen. Weitere Wiederholungen sind nur in Zwischenräumen von 2—4 Wochen ausnahmsweise nötig.

(Therap. Monatshefte 1910 Nr. 1.)

- Dazu schreibt Dr. F. Dittrich (Schönberg): „Angeregt durch die Abhandlung des Herrn Professor Dr. W. Zinn in den „Therapeutischen Monatsheften 1910, Heft 1“ möchte ich auf ein einfaches Mittel gegen die Reinfektion aufmerksam machen, das sich mir als wertvoll erwiesen hat. Ich meine die Anlegung einer Badehose. Diese muss von derbem Stoffe sein, damit sie der Pat. nicht im Schlafe mit seinen Fingern durchstossen kann — was bei dem quälenden Juckreize sehr leicht passieren könnte —, weiter muss sie oben und unten möglichst fest anliegen und nach oben bis unter die Arme, unten bis zum Knie reichen, damit die Pat. nicht mit den Händen unter der Badehose weg an den Anus gelangen können. Die Badehose wird täglich zweimal gewechselt und dann sofort ausgekocht. Der After wird nach jeder Defäkation mit nasser Wundwatte gereinigt.“

(Therap. Monatshefte 1910 Nr. 2.)

- **Das Glyzerin in der Behandlung der Anguillulose.** Von Dr. L. Preti (Pavia). In mehreren Fällen brachte dieses Mittel Heilung. Autor gab 25 g und bald darauf nochmals 25 g per os (in Capsul. gelatin.) und nach zwei Stunden 30 g per rectum. Diese Behandlung wurde zweimal wöchentlich wiederholt.

(Ibidem.)

Obstipatio. Gallensäuren als Abführmittel. Vorläufige Mitteilung von Priv.-Doz. Dr. K. Glaessner und Priv.-Doz. Dr. G. Singer (K. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung“ in Wien). Der zweite Teil der Arbeit lautet: „Als Träger der peristaltischen Wirkung der Galle auf den Dickdarm konnten wir die Gallensäuren feststellen. Es ist sowohl die Cholsäure, als auch die Taurochol- und Glykocholsäure wirksam; am kräftigsten und promptesten erwies sich die Cholsäure. Doch ist die reine Cholsäure schwer

zu beschaffen und ein sehr teureres Präparat, was der praktischen Anwendung sehr im Wege steht. Um so erwünschter war es uns, zu finden, dass ein Gemenge der Gallensäuren, welches wir nach Art der Platnerschen Galle gewinnen konnten, die gleiche prompte Wirkung hervorrief. Die sog. Platnersche Galle ist ein kristallinisches Gemenge von Gallensäuren und gallensauren Salzen, das durch ein umständliches, hier nicht im Detail zu besprechendes Verfahren gewonnen wird. Im Prinzip ist es ein Produkt der Fällung des alkoholischen Auszuges von Rindergalle mit Aether. Das Taurin erwies sich als unwirksam. Vom Glykokoll war von Haus aus nach anderweitigen Erfahrungen eine abführende Wirkung nicht zu erwarten. Wir haben zunächst die rektale Applikation geprüft, und zwar Emulsion von reiner Galle als Zusatz zu Eingiessungen, bezw. Lösungen von Platnerscher Galle, und Mikroklysmen von wässriger Lösung der einzelnen Gallensäuren, sowie deren Gemenge. Am handlichsten erwies sich die Applikation dieser einzelnen Substanzen in Form von Suppositorien. Was die Dosierung betrifft, so wurde von reiner Cholsäure die Einzeldosis von 0,1 bis 0,3 g, von Platnerscher Galle 0,2 bis 0,5 g als zweckmässig erkannt. Die Wirkung nach rektaler Einverleibung ist eine ganz charakteristische. Wir haben selbstverständlich gerade die schwersten Formen der habituellen Obstipation und Darmparese bei chronisch bettlägerigen Kranken zum Prüfstein gewählt. Meist stellt sich schon nach kurzer Zeit, nach 5—10 Minuten, Stuhl-drang ein, und es kommt zur Entleerung grossknolliger oder säulenförmiger Fäzes, deren Form, Konsistenz und Farbe vollständig dem Obstipationsstuhl entspricht. Besonders wichtig ist es, hervorzuheben, dass eine Verflüssigung der Stühle oder flüssige Beimengung zu denselben niemals beobachtet wurde. Es fehlt also sicher jede Transsudation und durch die Promptheit des Auftretens sowie die Beschaffenheit der Stühle gewinnt es den Anschein, als ob das Rektum von oben her mechanisch ausgestreift worden wäre. Somit steht das Ergebnis der rektalen Darreichung von Gallensäuren dem physiologischen Defäkationsakt sehr nahe. Nebenwirkungen auf das Allgemeinbefinden haben wir bei den von uns verwendeten Dosen niemals beobachtet. Bei empfindlichen Kranken war manchmal der Tenesmus stärker ausgesprochen. Die Schnelligkeit der Wirkung und die Masse der Fäzes ist oft so bedeutend, dass bei mehrere Tage obstipiert gewesenen

Kranken manchmal von hier aus mechanisch zu erklärende Beschwerden, Brennen im After und dergl. auftraten. Doch lassen sich diese geringfügigen Unzukömmlichkeiten bei methodischer Anwendung vermeiden. Namentlich empfehlen wir für empfindliche Kranke mildernde Zusätze von Hyoscyamus, Belladonna, Anästhesin usw. Per os gereicht sind die Gallensäuren und hier besprochenen Präparate in ihrer Wirkung nicht so gleichmässig und sicher. In geeigneten Fällen könnten wir durch Verordnung in refracta dosi eine periodisch alle 24 Stunden leicht erfolgende Stuhlentleerung erzielen. Die Ueberlegenheit der rektalen Applikation scheint uns dadurch erklärt, dass die Hauptmenge des Präparates im Dünndarm resorbiert wird und nur geringfügige Mengen an die Hauptangriffsstelle, den Dickdarm, gelangen. Diesem Uebelstande suchten wir durch geeignete Einschliessung und Umhüllung des Präparates (stärker gehärtete Glutoidkapseln, Gelodurat u. a.) zu begegnen. Diese Versuche sind noch nicht abgeschlossen, und wir behalten uns deren Ausarbeitung vor. Nach dieser Skizzierung der Wirkungsweise der Gallensäuren ist es ersichtlich, dass die Indikation ihrer Anwendung zunächst für eine ganz bestimmte Gruppe von Obstipationen in Betracht kommt. Alle jene Fälle, bei denen Erschwerung der Defäkation durch Störungen im Rektum vorliegt oder eine Schwäche der austreibenden Kraft im Dickdarm klinisch ersichtlich ist, gehören in diese Gruppe. Namentlich ist es eine wichtige Form des Darmverschlusses, der paralytische Ileus, die postoperative Darmparese und Darmparalyse, sowie die hartnäckigen Formen von Darmträgheit bei chronischer Peritonitis, welche das besondere Geltungsgebiet dieser Behandlungsmethode darstellen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1910 Nr. 1.)

— **Ueber purgoantiseptische Beeinflussung des Darminhalts.**

Von Dr. Dreuw (Berlin). Autor hat die *Estontabletten* (Chem. Fabrik Goedeke & Co., Berlin) bei 55 Fällen von O. der verschiedensten Aetiologie angewandt, namentlich bei O. als Folge der Gonorrhoe, aber auch bei 15 Fällen von Blasenkatarrh und drei Fällen von Urticaria mit O. Die Medikation leistete besonders zu Behebung der O. bei Gonorrhoe und zur Beseitigung der Schmerzen und des Urindranges bei Blasenkatarrh und Gonorrhoe gute Dienste. Beim Blasenkatarrh wurden täglich 4—5 Tabletten à 1 g gegeben. Bei den 36 Fällen von Gonorrhoe traten nur zweimal Komplikationen (Cystitis und Epidi-

dymitis) auf, die Heilung trat rasch ein. Wir besitzen also im Eston ein Mittel, das bei den Erkrankungen des uropoëtischen Systems in hervorragender Weise nicht nur die Schmerzen beseitigt, sondern auch imstande ist, den Erkrankungsherd günstig zu beeinflussen. Auch bei den Fällen einfacher O. erwies es sich als recht brauchbares Mittel.

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 3.)

Pemphigus. Ueber die Chininbehandlung des P. Von

Dr. R. Bergrath (Univers.-Hautklinik in Breslau). Autor berichtet über zwei Fälle, wo Chinin. mur. (3—4mal täglich 0,5) sich bestens bewährte. Im ersten trat die Besserung schon drei Tage nach Beginn der Kur zutage. Während bis dahin noch immer ab und zu Riesenblasen auftreten, hörten diese von jetzt an auf. Schon in den ersten Tagen liessen die Blaseneruptionen bedeutend nach, und war die Blasenmenge kleiner geworden. In den ersten Tagen der Chinineinnahme stieg die Temperatur bis 38,3—38,5° C., um dann hinterher zur Norm zurückzukehren. (Allgemeinreaktion des Körpers gegen das Krankheitsgift?) Nachdem die Pat. 14 Tage Chinin in Dosen von 1,5 g täglich eingenommen hatte, fühlte sie sich so wohl wie nie während ihrer Krankheit, so dass sie aufstehen und in den Garten gehen konnte. Nach 15 Tagen erhielt sie viermal täglich 0,5 Chin. mur., ohne dass sich irgendwelche Schädigungen, wie Ohrensausen, Erbrechen, Schwindel oder Gehörsstörungen eingestellt hätten, woraus wir ersehen, dass man, wenn sich der Körper an Chinin gewöhnt hat, viel höhere Dosen zuführen kann, als man es gewöhnlich tut. Nur noch zweimal während der Chininbehandlung sind kleine Bläschen aufgetreten, und dann blieb die Pat. die ganze Zeit frei. Auch im zweiten Falle war die Temperatur in den ersten Tagen der Chininverwendung etwas höher als vorher. Während vor und in den drei ersten Tagen der Chininbehandlung fast täglich neue Blaseneruptionen auftreten, blieben sie von jetzt an fast ganz weg, und nur hin und wieder treten nochmals kleinere Blasen auf. Während das Krankheitsbild sich unter Arsen und Strychnin nicht besserte, im Gegenteil sich verschlimmerte und die Frau mehr herunterkam, trat eine auffallende Aenderung des Allgemeinbefindens einige Zeit nach der Chinineinnahme auf. Ohne lokale Behandlung bildeten sich die kondylomartigen Wucherungen am Genitale zurück. Die Pat. fühlte sich körperlich viel besser und konnte nachts wieder schlafen. Auch das Körpergewicht nahm zu, und

als das Kratzen und Brennen im Hals nachliess, verlangte sie bald nach festeren Speisen, da sie durchweg nur flüssige breiige Nahrung zu sich nehmen konnte. Bei ihrer Entlassung klagte sie nur noch über die braunen Flecken (Pigmentierungen) am Körper. Weder in dem ersten, noch in dem zweiten Falle, der deutlich das Bild des P. vegetans bot, wurde über Beschwerden des Verdauungstrakts geklagt. Sollte das Chinin Magenbeschwerden hervorrufen, dann könnte man es ja auch per injectionem einführen, entweder intramuskulär oder intravenös, wie dies von Lenzmann für die Syphilisbehandlung empfohlen worden ist. Jedoch ist die Verabreichung per os, wenn irgendwie angängig, vorzuziehen, da man dann vor anderen Komplikationen bewahrt wird. — „Betrachte ich nun die Pat. nach ihrer Entlassung bei dieser kurzen Beobachtungszeit als noch nicht völlig geheilt, so ist doch die Besserung so wesentlich und eklatant gewesen, dass Chinin bei der bisher festgestellten Wertlosigkeit aller sonstigen Mittel bei jedem Pemphiguskranken versucht werden sollte. Es ist ja auch nicht ausgeschlossen, dass man bei einer chronisch intermittierenden Chininbehandlung schliesslich den Pemphiguskrankheitsprozess zum Erlöschen bringt.“

Aus derselben Klinik berichten Dr. Leibkind über einen Fall von P. foliaceus und E. Kuznitzky über einen schweren Haut- und Schleimhautpemphigus, in dem ebenfalls die Wirkung des Chinins evident war.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 1.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Zur

Desinfektion Kreissender. Von S. Gottschalk (Berlin). Aus dem Artikel greifen wir folgende Sätze heraus: „Solange ich Universitätskurse über Geburtshilfe lese, habe ich meine Hörer immer und immer wieder auf die grosse Infektionsgefahr hingewiesen, welche den Gebärenden von seiten der äusseren Geschlechtsteile und speziell der Schamhaare droht. Es wird keinem Gynäkologen einfallen, vaginale Operationen vorzunehmen, ohne vorher an der Vulva die Haare wegrasiert zu haben. Warum ist man nicht konsequent und macht das auch in der Geburtshilfe zu einem unabweislichen Postulat, wo doch die Infektionsgelegenheit mindestens so gross ist wie bei vaginalen gynäkologischen Operationen? Es gibt keine Art der Desinfektion, mit der es gelingt, die Schamhaare von den ihnen anhaftenden, oft pathogenen Keimen sicher zu befreien. Andererseits lässt es sich bei grösster Vorsicht nicht vermeiden, dass

der Geburtshelfer mit den Schamhaaren wiederholt sowohl beim Touchieren als auch vor allem beim Operieren in der Hitze des Gefechts in Berührung kommt und sie dabei auch in die Scheide einstülpt. Ganz davon zu schweigen, dass die Schamhaare in oft dauerndem Kontakt mit den frischen puerperalen Wunden am Damm und Introitus stehen. Was nützt die beste subjektive Desinfektion oder gar der Gummihandschuh, wenn die Finger des Geburtshelfers durch die Berührung mit den Schamhaaren wieder infiziert werden können? Das Kürzen der Schamhaare genügt nicht. Eine gründliche, zuverlässige Desinfektion der äusseren Geschlechtsteile ist einfach unmöglich, wenn die Schamhaare an der Vulva stehen bleiben. Deshalb schaffe man diese Infektionsquelle grundsätzlich auch bei jeder Entbindung aus der Welt. Jede Hebammenschülerin sollte im Rasieren der Vulva unterrichtet werden. Das Rasiermesser dürfte in keiner Hebammentasche fehlen. Im Hebammenlehrbuch müsste es jeder Hebamme zur Pflicht gemacht werden, bei Uebernahme einer Entbindung zuallererst die Vulva zu rasieren, dann ein Klistier zu geben und, sobald das gewirkt hat, die Kreissende möglichst in ein Reinigungsbad zu bringen. Im Anschluss daran ist die gründliche Desinfektion der äusseren Geschlechtsteile vorzunehmen. Wenn man so verfährt, dürfte sich in der allgemeinen Praxis die desinfizierende Scheidenspülung, von besonderen Indikationen abgesehen, erübrigen.“

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1909 Nr. 47.)

- **Fruchtabtreibung mit *Asanum europaeum*.** Von Dr. K. v. Sury (Basel). Es hatte die im achten Monate Schwangere eine reichliche Menge von stark eingekochtem Asarum-extrakt getrunken, worauf nach einer akuten Gastroenteritis mit ausgesprochener Prostration die Kindsbewegungen aufhörten und nach einigen Tagen ein totes Kind geboren wurde. Die stark schädigende Wirkung des Asarums auf Magen und Darm, deren Symptome sich selbst zwei Monate nach dem Abtreibungsversuche noch geltend machten, führte indirekt die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft herbei.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 1.)

Syphilis. Ueber Ergebnisse einer zusammengesetzten Quecksilber-Arsazetin-Chinitherapie bei S. Von Dr. O. Neugebauer. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Unsere kombinierte Therapie war nicht imstande, in den präventiv behandelten Fällen das Auftreten der

Allgemeinerscheinungen zu verhindern, sondern nur, dieses um ein bis zwei Monate hinauszuschieben (wie das auch sonst beobachtet wird).

2. Sowohl in diesen Fällen, als auch in denen mit bereits vorhandenen Allgemeinsymptomen (Exanthem) konnte, soweit sich dies bis jetzt überblicken lässt, auch das Auftreten von Rezidiven nicht hintangehalten oder diese selbst gemildert werden, es hatte vielmehr den Anschein, als ob diese reichlicher und vielleicht auch früher auftraten.

3. Schliesslich ermahnen mehrere der angeführten Fälle (siehe Nebenerscheinungen) zur Vorsicht.

(Wiener klin. Wochenschrift 1910 Nr. 4.)

— **Meine Erfahrungen über Geloduratkapseln.** Von Dr. P.

Heubach (Berlin). „Von der Fabrik pharmazeutischer Präparate „G. Pohl, Schönbaum“ wurde ich vor längerer Zeit auf die Rumpelschen Dünndarmkapseln aufmerksam gemacht. Speziell interessierte mich damals die Angabe, dass Jodkali in diesen Kapseln besser vertragen würde und dass die Pat. von der unangenehmen Wirkung des Jodismus grösstenteils verschont blieben. Um mich hiervon zu überzeugen, habe ich damals einer grossen Anzahl von Pat. das Jodkali nur in dieser Form gegeben und konnte auch schon bald feststellen, dass die Angaben der Fabrik auf Wahrheit beruhten. Es handelt sich nun für mich, weiter festzustellen: 1. Ob die Kapseln wirklich in dem Dünndarm zur Lösung kommen. — 2. Ob die auf diese Weise dargereichten Medikamente an ihrer Wirkung nichts einbüßen. — 3. Ob auch andere Medikamente, die speziell für meine Spezialpraxis Interesse haben, wie z. B. Quecksilber, Kawasantal, Kopaivbalsam, Santöl usw. in diesen Kapseln wirksam gegeben werden können. Um die Frage ad 1 festzustellen, habe ich alle verfügbare Literatur studiert und speziell mir die Erfahrungen des Herrn Dr. Max Joseph zu Nutze gemacht. Meine eigenen Untersuchungen, die ich in grosser Anzahl angestellt habe, haben mir zur Genüge dargetan, dass die Kapseln vollständig im Darm gelöst werden. Ich habe nie in dem Stuhlgang der betreffenden Pat. Reste ungelöster Kapseln feststellen können. Dass die Kapseln im Magen nicht gelöst werden, ist ja genügend in der Strümpellschen Klinik von Schlecht festgestellt worden. Um mich über die Wirkungen des in den Kapseln dargereichten Jodkaliums zu überzeugen, habe ich 25 Pat. dasselbe in der gewöhnlichen flüssigen Weise

gegeben und 25 anderen in Geloduratkapseln; ich habe durch gewissenhafte Beobachtungen die Erfahrung gemacht, dass der Einfluss des Medikaments auf die syphilitischen Erkrankungen in beiden Formen derselbe war. Bei den Pat., denen die Dünndarmkapseln gegeben wurden, traten nur bei einigen ganz schwache Anzeichen von Jodismus auf, die meisten blieben von dieser unangenehmen Wirkung verschont, jedenfalls kam ich nie in die Verlegenheit, das Medikament aussetzen zu müssen; bei den Kranken, denen ich Jodkali in flüssiger Form gab, mussten neun Pat. zeitweise wegen starken Jodschnupfens und Kopfschmerzen das Einnehmen des Medikamentes aussetzen. Der Nutzen, den hier die Kapseln liefern, ist für uns Spezialisten ein sehr grosser, da er uns in den Stand setzt, das Jodkali längere Zeit ohne unangenehme Folgen für den Pat. zu geben; was dieses bedeutet, ist ja hinreichend bekannt. Nach der Vorschrift von Dr. Max Joseph habe ich ausser Jod zuerst Quecksilber in den Geloduratkapseln verordnet und zwar als Quecksilberjodid in Verbindung mit Jodkali. Der Erfolg dieses Medikamentes in den Kapseln war ein überraschender. Das Quecksilber wirkte auf die Erscheinungen der S. ohne jede Nebenerscheinungen vorzüglich, so dass ich in der Lage war, dieses Medikament längere Zeit darreichen zu können; bemerken will ich noch, dass ich diese Art der Behandlung zum grössten Teile bei Späterscheinungen der S. angewandt habe. Eine interessante Tatsache, die die Vorzüglichkeit der Dünndarmkapseln dokumentiert, möchte ich noch hier anführen: Zu Anfang dieses Jahres hatte ich zwei Pat., und zwar ein junges Mädchen im Alter von 22 Jahren und einen älteren Kaufmann im Alter von 42 Jahren, die mich wegen frischer S. aufsuchten. Beide Pat. hatten eine derartige Idiosynkrasie gegen Quecksilber, dass das Hydrargyrum weder per os, per injectionem noch per inunctionem vertragen werden konnte, immer traten sofort nach der geringsten Gabe Quecksilber Ekzeme und Stomatitis auf, die die Einstellung der Behandlung notwendig machten; nun versuchte ich zum Schluss Quecksilber in Verbindung mit Jodkali in Geloduratkapseln nach der Vorschrift von Herrn Dr. Joseph zu geben; zu meiner Ueberraschung blieb jede Nebenwirkung bei beiden Pat. aus und es gelang mir, alle Erscheinungen der S. prompt zurückzubringen. Die Pat. sind beide noch in meiner Beobachtung und haben jeder je zwei Geloduratkuren durchgemacht und kann ich zu meiner Freude feststellen,

dass es denselben zurzeit recht gut geht. Ausserdem habe ich zur Behandlung von Gonorrhoeen seit Anfang dieses Jahres Kawasantal, Kopaivbalsam und Santöl nur in Geloduratkapseln verordnet und kann feststellen, dass man mit dem Erfolg recht zufrieden sein kann. Es ist ja bekannt, dass speziell Kopaivbalsam und Kawasantal, in anderer Form gegeben, Uebelkeit und Druck in der Nierengegend, das heisst Reizung der Nieren hervorgerufen haben, diese Medikamente in Geloduratkapseln verordnet wurden zum grössten Teil recht gut vertragen. Es sind seitens der Pat. nur in ganz vereinzelt Fällen Klagen vorgekommen, und zwar waren dies immer solche Pat., die von Haus aus schon einen gewissen Widerwillen gegen Einnehmen von Medikamenten hatten. Die Einführung von Geloduratkapseln in die Therapie ist jedenfalls ein sehr glücklicher Gedanke gewesen, da es von grosser Wichtigkeit ist, Heilmittel zu geben, die früher infolge Nebenerscheinungen schlecht vertragen wurden, die wir aber infolge ihrer vorzüglichen Wirkungen nicht missen können.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 51.)

- **Zur Injektionsbehandlung der S.** Von Dr. Jessner. Autor empfiehlt das *Hydrarg. oxycyanat.*, mit dem er sehr zufrieden ist. Er benutzt frisch bereitete 1%ige (täglich 1 ccm) oder 2%ige Lösung (dreimal wöchentlich 1 ccm). Will man ein Anaestheticum hinzusetzen, was aber kaum nötig ist, so ist am geeignetsten Alypin. nitric.

Rp. Hydr. oxycyanat. 0,3 (0,6)
 Alypin. nitr. 0,15
 Aq. dest. 30,0
 S. Zu Injektionen.

(Therap. Monatshefte 1910 Nr. 2.)

Tuberkulose. Zum Nachweis der Tuberkelbazillen. Von Dr. Münch (Baden). Ueber die jetzt vielfach angewandte *Antiforminmethode* sagt Autor folgendes:

- „Da das, noch nicht lange bekannt gegebene Verfahren den meisten Kollegen neu sein dürfte, möchte ich nicht verfehlen, dasselbe hier kurz zu beschreiben, in der Meinung, dass es für den einen oder anderen, der sich für derartige Untersuchungen interessiert und die nötige Zeit dazu erübrigen kann, einiges Interesse bietet. Bekanntlich gelingt es zuweilen gar nicht oder nur unter grossem Zeitaufwand, unter Durchmusterung zahlreicher Präparate, die

Tuberkelbazillen in Sputum, Eiter, Urinsediment usw. einwandfrei nachzuweisen, obwohl die betreffenden Fälle klinisch durchaus als T. aufgefasst müssen werden. Gerade für solche Fälle eignet sich nun nach der Erfahrung des erwähnten hygienischen Untersuchungsamtes, womit meine eigenen bescheidenen Versuche völlig übereinstimmen, das hier zu beschreibende Selektions- oder Sedimentierungsverfahren ausgezeichnet. Es darf als leicht und rasch ausführbar und in hohem Grade sicher bezeichnet werden. Die Grundlage des Verfahrens bildet die Eigenschaft eines laugenartigen Körpers, des sogenannten *Antiformin*, organische weiche Stoffe ziemlich rasch zu einer sirupartigen, in Wasser leicht löslichen Flüssigkeit aufzulösen, so z. B. Schleim, Eiter, Blutkoagula, käsige Massen, Granulationsgewebe usw. Das Mittel, eine Mischung von Na-hydrat und Na-hypochloros., in Wasser gelöst, seit längerer Zeit als Desinfektions- und Oxydations- resp. Bleichemittel gebräuchlich, wurde seinerzeit zur Reinigung der Bierpressionen von dem sogenannten Bierschlamm empfohlen und deswegen im Reichsgesundheitsamte in Berlin genauer untersucht und geprüft. Dabei ergab sich die interessante Tatsache, dass diese Lauge nicht nur die erwähnten organischen Stoffe leicht auflöst resp. zerstört, sondern auch alle Spaltpilze spurlos zur Lösung bringt mit Ausnahme der Tuberkelbazillen, welche, wie es scheint infolge ihrer wachsartigen Hülle, nicht nur säurefest, sondern auch gegen dieses Lösungsmittel resistent sich erwiesen. Auf diese Eigenschaft des Antiformin, die Tuberkelbazillen in der erzeugten Lösung in ihrer Form und Färbbarkeit zu erhalten, gründete nun Uhlenhuth das sogenannte Antiforminverfahren zum Nachweise der Tuberkelbazillen. Antiformin ist leicht zu beziehen und billig. Es stellt, frisch, eine leicht gelbliche klare, schwere Flüssigkeit dar, welche am Lichte allmählich sich zersetzt und violett wird. Das Verfahren ist nun ein recht einfaches und bald beschrieben. Von der zu untersuchenden Flüssigkeit, Eiter, Sputum usw. wird zirka ein Kaffeelöffel voll in ein zylindrisches, weithalsiges Arzneiglas (z. B. Weinmusterglas) gebracht und mit ca. 10—15 ccm einer frisch mit gewöhnlichem, lauem Wasser bereiteten 20%igen Lösung des käuflichen Antiformin versetzt, verkorkt und mehrmals kräftig durchgeschüttelt. Es bildet sich nach kurzer Zeit, rascher im Brutschranke oder im Ofenrohr, eine gelbliche bis bräunliche sirupartige Flüssigkeit, in welcher keine geformten Teile mehr zu sehen sind. Nach weiterem Zusatz von

etwas Wasser zur Verdünnung wird nun eine Menge von 5—10 ccm Ligroin — käufliches Petroleumderivat — zugesetzt und wiederum kräftig mehrmals das ganze durch Schütteln vermischt. Beim Stehenlassen der Mischung reisst nun das spezifisch leichtere Ligroin die Tuberkelbazillen beim Hinaufsteigen in die Höhe und nach einiger Zeit, ca. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde, hat sich in dem Glase die Scheidung in der Weise vollzogen, dass unten, den grössten Teil des Glases einnehmend, die nun fast klare gelbe Antiforminlösung sich absetzt und darüber das wasserklare Ligroin steht. Zwischen beiden Fluida aber liegt, dicht unter dem Ligroin, eine schmutziggraue, schleimartige Schicht, welche die emporgerissenen Tuberkelbazillen, sofern solche vorhanden sind, in mehr oder weniger grosser Menge enthalten muss. Aus dieser Schicht werden nun mit der Platinöse ca. 10 Oesen herausgeholt und auf dem Objektträger resp. Deckglase verstrichen. Diese Prozedur wird, nach jedesmaligem Trocknen der früheren Schicht, mehrmals wiederholt, damit sich auf dem Glase eine möglichst dicke Lage des angetrockneten Materiales bildet. Dann folgt in gewöhnlicher Weise Fixation, Färbung und Entfärbung, am besten mit Ebners Flüssigkeit, (HCl conc. 5 ccm, NaCl. 5,0 g, aq. dest. 200,0, Spiritus ad 1000) und event. Gegenfärbung. Auch die Färbung nach Gram gelingt leicht. Die ganze Prozedur kann also, wenn alles zur Hand ist, bequem in etwa einer Stunde durchgeführt werden. In der nur schwach die Gegenfärbung annehmenden Detritusschicht lassen sich nun die stark gefärbten Tuberkelbazillen leicht nachweisen. Smegmabazillen kommen nicht in Betracht, da solche durch Ebners Fluidum entfärbt werden. Nach den Erfahrungen des Freiburger Untersuchungsamtes kann man annehmen, dass in dem untersuchten Materiale keine Tuberkelbazillen enthalten sind, insofern die genaue Durchsicht von etwa zehn Gesichtsfeldern des Antiforminpräparates keine solchen ergibt. Weitere gleiche Präparate zu untersuchen, hat keinen Zweck, da infolge der gleichmässigen Mischung auch in diesen sicher keine mehr zu finden sein werden. Bei Abwesenheit der Tuberkelbazillen soll auch der Impfversuch an Tieren, welcher ja mindestens drei Wochen in Anspruch nimmt, stets negativ ausfallen. Ich habe das Antiforminverfahren nun seither an einer Reihe von Objekten, Sputa, Harnsedimente, Drüseneiter, Geschwürsekret, unter beständiger Kontrolle mit dem gewöhnlichen Verfahren nachgeprüft und komme zu dem auch in Freiburg bestätigten

Schlusse, dass in ca. 10—20% der Untersuchungen die sonst refraktären, d. h. tuberkelbazillenfreien Präparate, mit Antiformin behandelt, doch noch Tuberkelbazillen nachweisen liessen. Da das Verfahren einfach, ohne besondere Einrichtungen und Anschaffungen leicht ausführbar ist und, wie es mir scheint, doch ab und zu eine unklare Diagnose zu erhärten vermag, wollte ich nicht unterlassen, dasselbe als praktisch gut verwertbar den Herren Kollegen zur Nachprüfung zu empfehlen.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1910 Nr. 6.)

- Ritter u. Vehling, **Kindheitstuberkulose und Immunität.** (Aus der Hamburgischen Heilstätte Edmundsthal.) Die T. ist in der überwiegenden Zahl der Fälle eine in der Kindheit erworbene Krankheit. Das ergibt schon die Erfahrung bei — genau aufgenommenen — Anamnesen. Solche haben die Verff. aufgenommen, und es ergab sich, dass von 200 erwachsenen, an chronischer Lungentuberkulose leidenden Personen bei 165 eine Kindheitsinfektion mit T. nachzuweisen war, also bei 82,5%. Von den 15 Frauen und 22 Männern, bei denen der anamnestische Nachweis der Kindheitstuberkulose nicht gelang, waren sechs Frauen und acht Männer in tuberkulösen Familien gross geworden, d. h. mit sicher tuberkulösen Eltern oder Geschwistern zusammen aufgewachsen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie dabei mit Tuberkelbazillen infiziert worden sind, liegt ausserordentlich nahe, nur hat der „Primäraffekt“ einer solchen Infektion in diesen Fällen entweder wirklich gar keine bemerkbaren Symptome gemacht, oder sie sind so geringfügig gewesen, dass sie übersehen oder vergessen wurden. Man kann heute Folgendes sagen: Der bei weitem überwiegende Teil der Menschen kommt schon in seinen ersten Lebensjahren mit den Tuberkelbazillen in Berührung. Als Zeichen einer solchen tuberkulösen Infektion haben wir die „skrofulösen“ Erscheinungen, natürlich auch die ausgesprochene Knochen- und Drüsentuberkulose anzusehen. Je stärker die Infektion ist, desto mehr geht das Krankheitsbild von dem Bilde der reinen „Skrofulose“ zum Bilde der eigentlichen T. über; einer „massigen“ und immer wiederholten Infektion ist aber auch der lymphatische Apparat des kindlichen Organismus nicht mehr gewachsen. Er erliegt in solchen Fällen verhältnismässig rasch und unter dem Bilde einer akuten Erkrankung (Lungen-, Peritoneal- und Hirnhauttuberkulose). In tuberkulösen Familien ist naturgemäss

die Wahrscheinlichkeit einer solchen „massigen“ Infektion ungleich wahrscheinlicher als in einer tuberkulosefreien Umgebung, wo die Infektion nur durch die viel spärlicheren und gelegentlichen Beimengungen von Tuberkelbazillen in Staub und Schmutz erfolgt, die viel wirksamere Infektion von Mensch zu Mensch aber zu den Ausnahmen gehört. In den meisten Fällen gelingt es dem kindlichen Organismus, der Infektion mehr oder weniger Herr zu werden; in den schweren Fällen wenigstens insoweit, dass die befallene Person nicht zugrunde geht. Mit dieser Ueberwindung ist aber die Einleitung einer entsprechenden Immunität gegen die eingedrungenen Tuberkelbazillen gleichbedeutend. Werden diese im Verlauf der Immunisierungsvorgänge vernichtet oder durch vollständige Abkapselung dauernd unschädlich gemacht, so hat sich damit der Mensch einen hohen Grad von Festigkeit gegen die Erkrankung an T. im späteren Leben erworben. In vielen Fällen aber wird noch nicht dieses günstige Ergebnis, sondern nur ein gewisser Ruhezustand — Latenz — erreicht. Das Heer der blutarmen, schwächlichen, „hochgradig bleichsüchtigen“, „erethischen“ jungen Mädchen und Jünglinge, alle Prophylaktiker und tuberkulosegefährdete und -verdächtige Menschen zwischen zehn und zwanzig Jahren, sind der Ausdruck dieser noch nicht völlig erreichten Immunität gegen die in den Körper eingedrungenen Tuberkelbazillen. Sie kann natürlich im Laufe der Zeit, besonders unter günstigen äusseren Bedingungen allmählich zu einer vollkommenen Immunität, d. h. zu einer Ausheilung führen, ebenso kann aber auch der schon erworbene mehr oder weniger hohe Grad der Immunität dauernd oder vorübergehend wieder geringer werden; die chronische Lungenphthise als „tertiäre“ Form der T. (Petruschky) ist die Folge einer solchen ungenügenden Immunität. Ob dabei mehr äussere Umstände — die bekannten und oft aufgezählten Schädigungen beim „Kampf ums Dasein“, der ja am Ende des zweiten Lebensjahrzehntes einsetzt — oder innere Vorgänge die Hauptrolle spielen, ist für den Kliniker natürlich nicht zu entscheiden; ob das Gebiet für den experimentellen Bakteriologen erschliessbar ist, muss die Zukunft lehren. Denkbar ist es immerhin, dass auch innere Immunisationsvorgänge dabei in Betracht kommen, insofern man doch annehmen muss, dass auch der Tuberkelbazillenstamm sich seinem Wirt, dem Nährboden, auf dem er wächst, im Laufe langer Jahre anpasst und so die doch nur bedingte Immunität wieder

überwindet. Zuzugeben ist endlich natürlich auch die Möglichkeit, dass erneute Infektionen den Kampf zwischen Tuberkelbazillen und Körper zu Ungunsten des letzteren entscheiden können, obwohl uns vom klinischen Standpunkt aus hierfür nur wenig Beweise vorgekommen sind. Hierher zu zählen wären vielleicht die Fälle einer Infektion eines Ehegatten durch den andern, wie wir sie zwar selten, aber doch sicher beobachtet zu haben glauben. Aus diesen Anschauungen ergeben sich aber ohne weiteres drei Gesichtspunkte für die Bekämpfung der T.:

1. Entfernung der bazillenstreuenden Phthisiker aus den Wohnungen und Familien, um eine „massige“ Infektion, besonders der Kinder zu verhüten.

2. Sorgfältige und langdauernde Behandlung der skrofulösen oder bereits tuberkulösen Kinder — was wohl nur einen Unterschied dem Grade nach bedeutet —, um nach Möglichkeit eine völlige Ausheilung der T. zu erreichen.

3. Auffrischung der erlahmenden Immunität erwachsener Tuberkulöser gegen die T. durch einmalige oder wiederholte Heilstättenbehandlung, um so einen Uebergang der gutartigen T. in die nach wie vor unheilbare und ansteckende „Phthise“ — Lungenschwindsucht — zu verhüten. Dass die Behandlung der T. bei Kindern und Erwachsenen zwar im wesentlichen nach den bekannten hygienisch-diätetischen Massnahmen erfolgen muss, liegt auf der Hand — aber auch die Tuberkulinbehandlung, die ja freilich bisher leider nur eine teilweise Immunität erzeugen kann, muss bei dieser Behandlung, gerade aus der entwickelten Anschauung heraus, eine nicht zu geringe Rolle spielen.

Die dritte Forderung ist wohl in Deutschland im wesentlichen erfüllt mit der natürlichen Unvollkommenheit, die allen menschlichen Einrichtungen anhaftet; auch die zweite Forderung nähert sich — zumal in den letzten Jahren — immer mehr ihrer Erfüllung. Der ersten Forderung jedoch, die vielleicht die wichtigste und grundlegendste ist, ist bisher nur in beschränktem Masse genügt. Ihre Erfüllung ist unserer Ansicht nach aber nicht Sache der Kreise, die die Heilstättenbewegung ins Leben gerufen haben, sondern der öffentlichen Krankenhäuser, die freilich dazu fast überall einer gründlichen inneren und äusseren Umgestaltung ihrer Tuberkuloseabteilungen bedürfen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr.

Tumoren. Eine neue Behandlungsmethode bösartiger Geschwülste. Von Dr. Ch. Müller (Immenstadt). Bei einem 54jährigen Manne fand sich am Hinter Schädel ein kolossaler T., der von mehreren Autoritäten als inoperables Sarkom erklärt wurde. Der Pat. war stark kachektisch. Durch eine Kombination von Hochfrequenzstrom- und Röntgenbehandlung gelang es Autor, den T. zum Verschwinden zu bringen und dem Manne die Gesundheit wiederzugeben. Schon nach der dritten Sitzung ging der T. wesentlich zurück, nach der zwölften Sitzung war er ganz weg. — In einer Nachschrift bestätigt Prof. G. Klemperer die Krankengeschichte. Er hatte die enorme Geschwulst gesehen, die er für ein Sarkom oder Karzinom ansprach, er hielt den Kranken für verloren. Jetzt sah er den blühend aussehenden Mann ohne T. wieder und war aufs äusserste überrascht.

(Die Therapie der Gegenwart, Novbr. 1909.)

- **Die Behandlung inoperabler Uteruskarzinome mit Zinkopyrin-Gaze.** Von Dr. E. Boesch (Frauenspital Basel-Stadt). Mit der von der Firma Knoll & Co. hergestellten Zinkopyrin-Gaze hat Autor erfreuliche Erfolge erzielt. Zinkopyrin ist ein Doppelsalz von einem Molekül Chlorzink und zwei Molekülen Phenyl dimethylpyrazolon (Antipyrin). Es hat den Vorteil, weniger stark zu ätzen, als reines Chlorzink. Dadurch ist die Vergiftungsgefahr geringer und Autor hat tatsächlich auch nie irgendwelche diesbezügliche Symptome gesehen. Antipyrin soll die Schmerzen der Aetzung herabsetzen. Man schabt also die karzinomatösen Partien gründlich aus und tamponiert den Krater mit Xeroformgaze, um eine stärkere Blutung zu verhindern. Nach 24 Stunden wird der Xeroformtampon sorgsam entfernt. Die folgenden Tage granuliert der Wundtrichter und erst nach zirka acht Tagen wird eine kleine Mèche Zinkopyrin-Gaze in den Krater gestopft. Die Gaze soll möglichst die ganze Höhle — und nur diese — austamponieren, damit sie nicht unnötig gesundes Gewebe anätze. 2—3 nachgeschobene Wattekugeln sollen einerseits den Tampon im Krater fixieren, anderseits herausfliessende Sekrete aufsaugen, um Vulva und Perineum vor allfälliger Benetzung zu schützen. Die Applikation der Gaze tut nicht weh, und auch nachher spüren die Pat. selten Schmerzen, vorausgesetzt, dass der Tampon gut liegt. Im Notfall wäre Morphium zur Hand, oder man entfernt den Tampon. Autor war aber noch nie gezwungen, zu

einer dieser Massnahmen zu greifen. Nach zwölf Stunden — wenn die Gaze sehr nahe an Blase oder Mastdarm liegt — oder nach 24 Stunden, wenn noch dicke Wandungen bestehen, werden die Wattekugeln und der Tampon entfernt und die Wunde sich selbst überlassen. Es bildet sich ein fester, trockener, weisslicher Schorf, der sich nach Tagen ohne Blutung (bei Bettruhe!) abzustossen beginnt und einen gut granulierenden Krater zurücklässt, der sogar stellenweise vernarbt. Die Sekretion des Trichters ist geringer, wässriger, der Foetor geht zurück, die Blutungen stehen, die Schmerzen vermindern sich. Nach je zehn bis vierzehn Tagen kann man das Einlegen des Tampons eventuell noch zwei- bis dreimal wiederholen und so erreicht man eine unter den obwaltenden Umständen relativ langandauernde Euphorie, die den Pat. immer wieder einen Schimmer Hoffnung lässt.

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1910 Nr. 2.)

— **Ein Fall von Hautkarzinom nach Trauma.** Von Dr. F. Heinrich (Marien-Krankenhaus in Hamburg).

Der Fabrikarbeiter N. wurde am 4. III. 08 in das Krankenhaus aufgenommen. Die Anamnese war folgende: Vor zirka zehn Jahren hatte N. eine Verbrennung des rechten Armes erlitten, infolge deren die Haut des ganzen Vorder- sowie der distalen Hälfte des Oberarmes in weitem Umfange narbig verändert war. Vor 14 Wochen schlug dem Pat. in der Jutefabrik der Arm des Webstuhls gegen den rechten Oberarm, wobei sich durch die Quetschung eine blaue Blase von etwa Taubeneigrösse bildete. 14 Tage später — die Blase bestand noch — schlug ihm der Arm des Webstuhls wieder gegen dieselbe Stelle; diese Blase wurde dabei eröffnet und es entleerte sich aus derselben blutige Flüssigkeit. Seitdem bestand ein Geschwür oberhalb der Ellenbeuge, das vielfach behandelt wurde mit Karbolwasser, Lysol, Salben, Bleiwasser, dabei aber nicht heilte, sondern allmählich an Umfang zunahm, äusserst schmerzhaft wurde und leicht blutete. Bei der Aufnahme war der Pat. bereits abgemagert, kachektisch. Inmitten der narbig veränderten Haut befand sich in der Ellenbeuge ein fast handtellergrösses Ulcus, dessen Ränder wallartig aufgeworfen waren und wie zernagt aussahen. Die Oberfläche des Ulcus war unregelmässig, buchtig; die Konsistenz war weich; bei Berührung blutete dasselbe leicht. Mit der darunterliegenden Muskulatur war das Geschwür fest verwachsen. Kubital- und Achseldrüsenanschwellungen

waren nicht zu fühlen. Zum Zweck der histologischen Untersuchung wurde aus der Peripherie des Ulcus ein Stückchen exzidiert. Die Untersuchung ergab ein sehr zellreiches Kankroid. Auf Grund dieses Befundes wurde dem Pat. die hohe Amputation des Oberarmes vorgeschlagen, auf die er aber nicht einging. Er verliess am 12. III. 08 ungeheilt das Krankenhaus. Am 29. V. 08 wurde N. zum zweiten Male aufgenommen. Das Karzinom war im ganzen gewachsen; insbesondere hatte sich aber an der Stelle des durch die Probeexzision gesetzten Traumas ein mächtiger Tumor entwickelt. Von dort aus war auch das Karzinom mächtig in die Tiefe unter die umgebenden Weichteile gewuchert. In der Achselhöhle waren jetzt zahlreiche Drüsenschwellungen nachweisbar. Am 1. VI. 08 wurde die Exartikulation des rechten Armes im Schultergelenk ausgeführt und gleichzeitig die Achselhöhle ausgeräumt. Die Wunde heilte primär; am 15. VII. 08 hatte Pat. aber bereits ein Rezidiv. Das Karzinom war unter der Narbe weiter gewuchert und brach jetzt nach aussen durch. Die Massen wurden dann später noch einmal ausgelöffelt. Am 14. IX. 08 ging Pat. unter zunehmender Kachexie zugrunde. Es bestand eine tiefe, buchtige Höhle an Stelle der Operationsnarbe und die Haut der Umgebung war in weitem Umkreise von kleineren und grösseren Karzinomknoten durchsetzt. Die Sektion ergab, dass das Karzinom in der Tiefe bis auf die Rippen gewuchert war, dort aber hatte die Wucherung Halt gemacht. Die Pleurahöhle hatte das Karzinom nicht erreicht, wie auch die histologische Untersuchung bestätigte. Auch sonst waren alle Organe intakt; Metastasen waren nirgends zu finden. —

Nach diesem Verlaufe kann man wohl kaum zweifeln, dass das Trauma einen Einfluss auf die Karzinomentwicklung in der allerdings bereits narbig veränderten Haut gewonnen hat, und es liegt nahe, der Aetiologie dieses Falles die Ribbertsche Theorie von den in Wucherung geratenen versprengten Epithelzellen zugrunde zu legen.

Die Einwirkung des Trauma auf die Karzinomentwicklung konnte Autor in obigem Falle in doppelter Weise beobachten; 1. durch den Schlag des Webstuhlarms gegen den narbig veränderten Oberarm des Pat. wurde die Karzinomwucherung ausgelöst; 2. das durch die Probeexzision gesetzte Trauma führte zu einer enormen Weiterwucherung des Karzinoms an der betreffenden Stelle.

(Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 3.)

- **Ueber einen Fall von Ischialgie infolge Sarcoma vertebrae spinalis.** Von Dr. Heinrich Haase. „Das jetzt 17jähr. Mädchen J. T. war Zögling des Waisenhauses, in dem ich als Arzt fungiere. Anamnestisch ist nichts Besonderes zu bemerken; sie war stets gesund und erkrankte vor Jahresfrist an heftigen andauernden Schmerzen im linken Beine, entsprechend der rückwärtigen Hüft- und Kniegegend, welche nicht anders als vom Nervus ischiadicus ausgehend gedeutet werden konnten. Sie exazerbierten besonders des Nachts. Es waren die Druckpunkte im Gesäss und Knie schmerzhaft, Kernig positiv. Es bestand eine leichte dorso-lumbale Skoliose nach rechts und im Stehen und Gehen grössere Schmerzen als im Liegen. Die Diagnose Ischias erschien unzweifelhaft. Pat. wurde intern mit Antineuralgicis, extern mit heissen Umschlägen, Elektrizität, von Herrn Doz. Dr. Weiss in der „Elisabethina“ mit Heissluft behandelt und erhielt wegen der Skoliose orthopädische Schuhe. Die Schmerzen wurden stets heftiger, es trat chronische Obstipation und Abmagerung hinzu. Erst am 6. August v. J. gelang es Herrn Doz. Dr. Marburg bei wiederholter genauer Untersuchung in der linken Lendengegend eine leichte Vorwölbung, die sich weich anfühlte, neben der Wirbelsäule in der Muskulatur durchzutasten. Er vermutete einen kalten Abszess und veranlasste die Aufnahme der Pat. an der Klinik des Herrn Hofrats v. Eiselsberg. Eine Probepunktion ergab zunächst bloss Blut. Der gleichzeitig erhobene Röntgenbefund zeigte einen deutlichen Schatten links neben der Lendenwirbelsäule. Bei der am 26. August gemachten Exkochleation entleerten sich granulationsgewebeähnliche Massen, deren histologische Untersuchung die Diagnose Sarcoma ergab. Da die Schmerzen sich exzessiv steigerten, wurde die Pat. am 10. September operiert. Der Tumor ward stumpf ausgeschält, die Partien desselben, die am Knochen festsassen, ausgekratzt und die Wunde mit heissem Wasser ausgespült. Drainage acht Tage belassen. Seither besteht leichte Eiterung aus einer Fadenfistel, jedoch vollkommene Schmerzfreiheit durch zwei Monate. Seit einigen Tagen treten nachts wieder Schmerzen auf. Ob es gelang, alles Maligne zu entfernen und Rezidive zu verhüten, ist fraglich. Der Fall bestätigt die auch vom Doz. Dr. Bum konstatierte Erfahrung, dass bei hartnäckigen ischialgischen Zuständen an einen Tumor gedacht werden müsse und frühzeitig ein Röntgen-Befund aufzunehmen sei.“

(Wiener med. Wochenschrift 1910 Nr. 9.)

24*

Typhus. Zur Verhütung von Venenthrombosen beim T.

Von Prof. G. Klemperer (Berlin). „Die Geburtshelfer und Gynäkologen verhüten neuerdings die Venenthrombosen, indem sie die Wöchnerinnen und Laparotomierten möglichst frühzeitig aufstehen lassen. Das ist beim T. unmöglich. Dagegen steht nichts im Wege, den Blutumlauf durch regelmässige passive Bewegung der Beine im Hüft- und Kniegelenk zu befördern. Dies Verfahren übe ich seit zwei Jahren an meinen Typhuskranken. Ich lasse bei jedem solcher Pat. in möglichst regelmässigen Zwischenräumen (etwa alle zwei bis drei Stunden) von der Schwester systematisch je 12—15 Beuge- und Streckbewegungen der Ober- und Unterschenkel vornehmen. Diese Gymnastik ist für den Pat. weder anstrengend noch irgendwie nachteilig; sie hat den Nebenvorteil, dass die Pflegerin genötigt ist, noch intensiver als zuvor sich mit dem Kranken zu beschäftigen. Ich glaube, dass durch diese Bewegungen der Entstehung von Thrombosen in den unteren Extremitäten entgegengewirkt wird. Vielleicht ist es ein Zufall, dass von 35 Typhuskranken, bei denen die unteren Extremitäten systematisch bewegt wurden, kein einziger eine Venenthrombose davontrug, während ich sonst gewöhnt bin, in etwa 10% der Typhusfälle Venenthrombosen zu sehen. Jedenfalls möchte ich dies unschädliche Verfahren weiterer Anwendung empfehlen.“

(Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1909.)

- **Zwei Fälle von Arthritis deformans nach T.** Von Dr. J. Rothschild (Chirurg.-orthop. Heilanstalt von Dr. Böhm-Berlin). Im unmittelbaren Anschluss an T. bei zwei Personen eine Erkrankung des Hüftgelenks, die nach vieljährigem kaum schmerzhaftem resp. ganz schmerzfreiem Verlauf zu hochgradigen anatomischen Läsionen des Gelenkapparates führte. Alle übrigen Gelenke waren frei. Auf Grund des klinischen Verlaufs und des Röntgenbildes stellte man die Diagnose auf: Monartikuläre Arthr. def. nach T. abdominalis. Die differentielle Diagnose hat neben Tuberkulose und Lues die Frage eines chronischen Gelenkrheumatismus und einer chronischen Osteomyelitis zu erwägen. Eine Gelenktuberkulose lässt sich auf Grund des negativen Lungenbefundes, des jahrzehntelangen fieberlosen Verlaufs ohne Zustandekommen irgend welcher Gelenksschwellung und Eiterung, des negativen Pirquet und des Röntgenbildes ausschliessen. Für Lues ergab weder der klinische Befund an Haut, Drüsen, Milz, noch die

Wassermannschen Reaktion irgendwelchen Anhalt, und eine eingeleitete spezifische Therapie war auch ohne jeden Erfolg. Der chronische Gelenkrheumatismus, insbesondere der primäre, verläuft zwar klinisch ähnlich der Arthr. def., doch fehlen ihm nach Senator und Riess von Haus aus jene Wucherungen an Knochen und Gelenkknorpel, die hier die Röntgenbilder aufweisen. Er darf also mit der Arthr. def., wie von mancher Seite geschieht, unter keinen Umständen zusammengeworfen werden, wenn auch nicht geleugnet werden soll, dass sich ihm öfters sekundär Veränderungen am Gelenkapparate aufpfropfen können, die der Arthr. def. zuzuzählen sind. Senator und Riess sprechen deshalb von der Existenz von Uebergangsformen zwischen chronischem Gelenkrheumatismus und Arthr. def., Krankheitsbildern, die nach ihrer Ansicht zur Konfundierung beider Krankheitsgruppen den Anlass gegeben haben. Die chronische Osteomyelitis nach T. kann obigen Krankheitsfällen ganz ähnliche klinische Bilder zeigen, aber diese Affektion lokalisiert sich doch zumeist in den Diaphysen der langen Röhrenknochen oder Rippen, verläuft unter Fieber und heftigen Schmerzen und führt über kurz oder lang zur Bildung von Abszessen, ganz abgesehen davon, dass die Abschleifung der Gelenkflächen des Oberschenkelkopfes, wie es hier das Röntgenbild in beiden Fällen zeigt, in das anatomische Bild der Osteomyelitis nicht passt. Man wird also die geschilderten beiden Krankheitsfälle in das Gebiet der monartikulären Form der Arthr. def. rechnen müssen. Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad restitutionem schlecht zu stellen. Die Therapie bestand zunächst in Massage und Heissluftbehandlung, wodurch zunächst so erhebliche Besserung erzielt wurde, dass die Kranken sich fast als geheilt betrachteten. Da jedoch bald wieder Rückfälle eintraten, wurde in Narkose die Flexions- und Adduktionsstellung des Beines beseitigt, und das Bein für drei Wochen in korrigierter Stellung in einen Gipsverband gelegt. Das hiermit erzielte gute Resultat wurde durch fortgesetzte Massage und Bewegungstherapie aufrecht erhalten. Der Erfolg ist jetzt $1\frac{1}{4}$ Jahr nach der vollzogenen Korrektur derart, dass die Pat. beschwerdefrei grössere Gebirgstouren macht und der Pat. noch heute seinen Beruf als Schlächter ausüben kann.

(Berliner klin. Wochenschrift 1910 Nr. 4.)

Vermischtes.

- **Ueber Peru-Lenicet.** Von Dr. W. Pullmann (Kgl. chirurg. Klinik zu Greifswald): „Das P.-L., insofern wohl originell, weil es das erste pharmazeutische Präparat ist, welches neben dem Lenicet auch Perubalsam in Pulverform in den Arzneischatz einführt, enthält nach Angabe des Fabrikanten 7½% Perubalsam, 15% Lenicet, der Rest ist feinst präpariertes Talkum. Das Präparat ist ein feines, kaum stäubendes Pulver von fast weisser Farbe mit einem nur ganz schwach bräunlichen Ueberschein, mit dem angenehmen typischen Geruch des Perubalsam; es kommt in den Handel in zylindrischen Streubüchsen mit dicht schliessendem Ueberdeckel. Zur Anwendung brachte ich das Präparat auf der septischen Station unserer Klinik bei eitrigten Wunden jeder Art, Unterschenkelgeschwüren usw., worüber weiter unten ausführlicher zu berichten sein wird und, um das Gesamturteil vorweg zu nehmen, mit einem so trefflichen Resultat, dass ich seit nunmehr sechs Monaten eigentlich nur noch mit P.-L. verbunden habe; die wenigen Ausnahmen stellen dar zwei Fälle von Fussgangrän, bei welchen ich bis zum Eintritt deutlicher Demarkierung Verbände mit Isoform vorzog, da dies besser desodorisierend wirkt und nach meinen Erfahrungen allein imstande ist, den furchtbaren Gangrängeruch zu koupieren, und ein Ulcus cruris lueticum, das der P.-L.-Behandlung absolut trotzte und dann unter den Verbänden mit Argentum nitricum-Lösung sich verkleinerte bei gleichzeitigen grossen Jodkalidosen. Das von mir behandelte Material setzt sich zusammen aus Panaritium, Phlegmonen der verschiedensten Art (Sehnenscheidenphlegmonen, Subkutanphlegmonen und andere), Furunkeln, Karbunkeln, infizierten Verletzungen verschiedener Art, Fasziennekrosen nach Erysipel sowie einer grösseren Anzahl verschiedenartiger eitrigter Höhlen, wie inzidierte Bubonen, Bursitiden und schliesslich aus einer grossen Zahl von Unterschenkelgeschwüren, die in einem solchen Zustande in die Klinik kamen, dass zunächst ihre Verlegung auf die septische Station notwendig war. Bei den Panaritien und Phlegmonen war die Anwendungsmethode derart, dass zunächst natürlich in der üblichen Weise operativ vorgegangen wurde, dann aber, sobald die erste profuse Eiterung vorüber war, die Wunden nach Abtupfung alles erreichbaren

Sekretes reichlich messerrückendick mit P.-L. bestreut wurden. Anfänglich wurde dann diese Art des Verbandes täglich erneuert, bei sehr profuser Sekretion auch während der nächstfolgenden Tage ein tägliches Baden in 1%iger Sodalösung von 40° Celsius vorgenommen. Sehr rasch zeigte sich die eklatante sekretionsbeschränkende Wirkung des Lenicet im Verein mit der Granulationsbildung anregenden Fähigkeit des Perubalsams; in kurzem hatten sich dann stets alle kleinen Taschen und Nischen vollkommen ausgefüllt und stellte sich dann nur noch eine flache, mit reinen frischen Granulationen bedeckte Wunde dar, die, in der Folgezeit nur noch 2—3mal in der Woche verbunden, sich rasch von den Rändern her verkleinerten; ausserdem war sehr oft zu beobachten, wie aus kleinsten zentral gelegenen Epithelinseln dann gleichfalls die Ueberhäutung rasch peripherwärts sich ausdehnte. Die nekrotischen Sehnenteile wurden bei dieser Behandlung besonders schnell eliminiert, und ich konnte in einzelnen Fällen beobachten, wie von anscheinend total nekrotischen Sehnen ein Teil wohl infolge der, wenn auch nur geringen Hyperämisierung erhalten blieb und wieder funktionsfähig wurde. In zwei Fällen, bei welchen nach Gangränoperationen die Operationswunden breit offen gelassen werden mussten wegen septischer Infiltration der Umgebung, um nachher allmählich zusammengezogen zu werden, fand eine überraschend schnelle Reinigung der Wunden statt, das stark infizierte Gewebe wurde sehr schnell abgestossen, so dass nach zweimaligem Verbandwechsel vollkommen reine Wunden vorlagen. Das gleiche Verhalten zeigten einige Fälle von, teilweise recht tiefen und buchtigen infizierten Verletzungen der verschiedensten Art, welche, breit offen behandelt, unter raschem Rückgang der entzündlichen Infiltration der Umgebung sehr rasch sich zu einer flachen, gut granulierenden Wundfläche verwandelten, worauf dann per granulationem eine gute Ausheilung erfolgte. Hierbei möchte ich noch besonders betonen, dass ich eigentlich nie bei der P.-L.-Behandlung grobe, ich möchte sagen hügelige Granulationswülste („wildes Fleisch“) beobachten konnte, sondern stets eine fast sammetartige, ebene Granulationsfläche, auf welcher das P.-L. wie ein leichter gelber Schleier ausgebreitet liegt, so dass man im ersten Augenblick manchmal einen fibrinös-citrigen Ueberzug zu sehen glaubt. Nur so lange eine sehr starke Sekretion vorhanden ist, findet man beim Verbandwechsel das P.-L. in feine Klümpchen zusammengeballt. Bei den so uner-

freulichen grossen Fasziennekrosen nach Erysipel, wovon ich drei, in furchtbarem Zustande uns von auswärts zugesandte Fälle hatte, zeigte sich unter den P.-L.-Verbänden ein sehr schnelles Abstossen aller nekrotischen Faszienteile, worauf in wenigen Tagen die ganzen, fast zwei Handflächen grossen Wunden mit guten reinen Granulationen bedeckt waren, so dass dann, da natürlich hier ein vollständiges Ausheilenlassen der Wunden per granulationem nicht nur viel zu lange dauert, sondern auch völlig ungeeignete Narbenverhältnisse schafft, die Pat. zur plastischen Deckung der Hautdefekte oder Transplantation nach Thiersch auf die aseptischen Stationen verlegt werden konnten. Fälle von multiplen Furunkeln heilten — natürlich unter gleichzeitiger regelmässiger reichlicher Darreichung von Karlsbader Salz — in wenigen Tagen unter P.-L.-Verbänden, die hierbei nur jeden dritten oder vierten Tag erneuert wurden, aus, wobei besonders auffiel, dass die Haut vollkommen glatt und von guter Farbe sich zurückbildete. Inzidierte Karbunkel zeigten gleichfalls ein sehr rasches Sichreinigen der Wunde durch Abstossung der nekrotischen Partien bei gleichzeitigem Auftreten guter reiner Granulationen, worauf bald nur noch eine flache, reine Wundfläche vorhanden war. Die Wundhöhlen von Bubonen sowie Bursitiden wurden reichlich mit P.-L. gefüllt, worauf auch hier sehr bald sich nur noch eine flache Granulationsstelle darstellte. Wohl die eklatantesten Erfolge mit dem P.-L. konnte ich indes bei der Behandlung einer grossen Zahl von Ulcera cruris beobachten. Es ist selbstverständlich, dass in einer chirurgischen Klinik alle geeigneten Fälle in ihrer Heilung durch Unterbindung der Vena saphena gefördert werden, aber da diese ja nur dann Zweck hat, wenn das Trendelenburgsche Phänomen positiv ist, so bleiben eine grosse Anzahl von Fällen für die rein lokale Behandlung. Wenn ich nun weiter daran erinnere, dass naturgemäss nur schon sehr vorgeschrittene Fälle von Ulcus cruris die Klinik aufsuchen, und dass ferner gerade die Indolenz der Landbevölkerung eine besonders grosse ist, sowie dass bestimmungsgemäss auf die septische Station einer Klinik nur die dementsprechenden Fälle verlegt werden, so erhellt wohl zur Genüge, dass ich auf diesem Gebiete eigentlich nur besonders schwere Fälle zur Behandlung bekam; es waren darunter drei Fälle von fast zirkulärem, mehr als handbreitem Ulcus, die direkt zwecks Amputation von ihren Aerzten uns zugesandt waren. Ich habe im Laufe

der Jahre eine grosse Anzahl verschiedener Behandlungsmethoden des Ulkus durchgeprobt — feuchte Verbände mit essigsaurer Tonerde, Zinkpasten, Peptonpaste, Protargolsalbe, Hydrargyrum-sozodolicum, Billrothsche Salbe, Crurin, Scharlachsalmbe, Unnaschen Zinkleimverband und anderes — keine hat so überaus treffliche Resultate gegeben. Die an einem recht reichlichen Material von mir ausgeprobte Behandlungsweise ist folgende: Nach dem Eintritt in die Klinik und dem üblichen Vollbad wird der ganze Unterschenkel, der in der Regel mit den Resten der verschiedensten vorhergegangenen Behandlungsmethoden und dem Wundsekret in dicken Borken belegt ist, in einen Verband mit in essigsaurer Tonerde getauchter Rollgaze gelegt, darum kommt zunächst weisse, dann graue gelemte Watte. (Ich habe das Umgeben von feuchten Verbänden mit wasserdichtem Stoff absolut aufgegeben wegen der dabei so rasch erfolgenden Mazerierung der Haut, die natürlich gerade bei den hier in Betracht kommenden Fällen doppelt unangenehm sein würde). Dann wird das Bein auf ein hohes schräg ansteigendes Kissen gelegt — dies wird von den Pat. im allgemeinen weniger unangenehm empfunden, als das vielfach gebräuchliche Höherstellen der vorderen Bettfüsse —, und entweder durch eine angelegte Volkmannsche Schiene oder durch eine übergestülpte Reifenbahre der Entstehung eines Spitzfusses durch den dauernden Druck der Bettdecken vorgebeugt. Am folgenden Tage wird nach einem halbstündigen heissen Sodafussbad der gleiche Verband nochmals erneuert, worauf man 24 Stunden später eine von allen fremden Verunreinigungen befreite, nur noch mit ihrem eigenen Sekret belegte Wunde vor sich hat. Nun wird in den ersten Tagen täglich, von der zweiten Woche ab bereits viel seltener mit P.-L. verbunden, wobei es keineswegs nötig ist, bei jedem Verbandwechsel die Wunden besonders abzutupfen. Die sekretionsbeschränkende Wirkung des L. macht nur in seltenen Fällen eine Wiederholung des Beinbades wegen noch zu starker Sekretion notwendig, während gleichzeitig die granulationsbildende Wirkung des Perubalsams die Wundränder zentralwärts vorwärts schiebt, so dass man selbst grosse Geschwüre in verhältnismässig kurzen Zeiträumen ausheilen sieht. Dabei bildet sich nicht etwa nur eine seidenglänzende, ganz dünne, gegen äussere Schädigungen höchst empfindliche Glanzhaut, sondern, vom vordersten Epithelsaum natürlich abgesehen, eine gute, feste Haut von normalem Aussehen. Die geeigneten Fälle

werden natürlich baldmöglichst zwecks Thierscher Transplantation weiter gegeben, jedoch habe ich dies, da ja bekanntlich in diesen Fällen solche Transplantation eine sehr schlechte Prognose hat, nur in wenigen Fällen getan, sondern im allgemeinen die völlige Ausheilung per granulationem abgewartet. Von den oben erwähnten fast zirkulären Geschwüren, die eigentlich als Amputationsfälle zu betrachten waren, konnte ich mit dieser Behandlung zwei völlig geheilt entlassen, während ein dritter, bei welchem das Ulkus erst seit etwa 40 Jahren besteht und bei dem eine ziemliche elephantiastische Verbildung des Unterschenkels eingetreten ist, noch jetzt, aber bereits in recht befriedigendem Zustande, sich in meiner Behandlung befindet. Bei der Entlassung pflege ich dann den Pat., zumal wenn es sich um grössere Ulzera gehandelt hat, für einige Wochen einen Zinkleimverband anzulegen. (Ich weiss, dass von mancher Seite über das längere Tragen von Zinkleimverbänden absprechend geurteilt wird mit der Begründung, dass der Verband leicht scheuere, und dann das mühsam geheilte Ulkus wieder aufreisse, glaube jedoch, dass dies an einem technischen Fehler liegt. Es ist meines Erachtens nicht richtig, einen Pat., der zur Sprechstunde kommt, also einige Zeit auf den Füßen bereits gelaufen, beziehungsweise im Wartezimmer mit herabhängenden Beinen gesessen hat, dann gleich einen Zinkleimverband anzulegen, denn der Fuss ist dann bereits in einem, wenn auch vielleicht nur geringen Schwellungszustand. Während der Nacht schwillt dann naturgemäss der Fuss ab, und die Folge davon ist, dass am andern Morgen der Zinkleimverband zu weit ist und bei den ersten Gängen natürlich scheuern muss. Man lasse daher entweder den Pat. am Tage des Verbandanlegens ganz zu Bett liegen und mache den Verband in der Wohnung desselben beziehungsweise natürlich in der Klinik oder man lasse ihn wenigstens in der Sprechstunde erst längere Zeit mit hochgelagerten Beinen liegen.) Natürlich habe ich bei allen mit P.-L. behandelten Pat. häufige Urinuntersuchungen vorgenommen, bei solchen mit sehr grossen Wunden, die dementsprechend eine grosse Resorptionsfläche boten, zeitweilig täglich, und habe niemals, in keinem einzigen Falle, eine Nierenreizung feststellen können, während in zwei Fällen, bei welchen bereits beim Eintritt in die Klinik eine leichte Albuminurie bestand und bei denen ich deswegen nur sehr behutsam an die P.-L.-Behandlung herantrat, nicht nur keine Verschlimmerung dieses Leidens

erfolgte, sondern vielmehr, natürlich wegen dementsprechender Allgemeinbehandlung, das Leiden zurückging. Und nicht nur bei dieser echten Crux medicorum, als welche man wohl kein Leiden mit mehr Berechtigung benennen darf als das Unterschenkelgeschwür, hat sich das Präparat vortrefflich bewährt, auch bei dem ihm, ich möchte sagen, so nahe verwandten Dekubitus hat es gute Dienste geleistet. Es hat mir den Satz, dass der Dekubitus eine Krankheit sei, die leicht zu vermeiden, aber schwer zu heilen ist, doch etwas gemildert. Glücklicherweise hatte ich nur wenige Fälle zu beobachten Gelegenheit, bei diesen aber hat es unter gleichzeitiger peripherer Massagebehandlung des Dekubitalgeschwürs gute Erfolge gezeitigt; auch hier erfolgte rasch das Abstossen aller nekrotischen Gewebspartien und unter geeigneten Schutzverbänden ein langsam aber stetig fortschreitender Wundheilverlauf.“

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 42.)

- **Ueber den Wert des Chloralhydrates für pathologisch-anatomische und lokaltherapeutische Zwecke.** Von Prof. Dr. A. Heller (Kiel). In dem Artikel heisst es: „Alle zur Demonstration frisch aufzubewahrenden Präparate werden in 5%iger Chloralhydratlösung abgespült, in mit derselben Lösung getränkte Tücher eingeschlagen und in auf drei Füßen stehenden siebartig durchlöcherten Eimern aufbewahrt, die wiederum in mit Deckeln versehenen Eimern stehen; alle aussickernde Flüssigkeit sammelt sich in letzteren an. So halten sich die Präparate tagelang sehr gut; vor der Demonstration werden sie nochmals mit der Lösung abgespült. Sodann ist die desodorisierende Wirkung besonders wertvoll für die Hände, die oft nach Sektionen von Leichen mit jauchigen Prozessen, wie Perforationsperitonitis und dergl. kaum geruchfrei gemacht werden können. Werden sie nach gründlichem Seifen und Abtrocknen nochmals mit einer mässigen Menge 5%iger Chloralhydratlösung gründlich abgerieben, wobei man besonders mit den Nägeln auf den Handflächen energisch hin- und zurückfahren muss, um die Lösung auch unter die Nägel zu bringen, so werden sie völlig geruchfrei. Diese Prozedur ist allerdings bei Nägeln, die, wie bei siamesischen Vornehmen, krallenartig verlängert und zugespitzt getragen werden, sehr erschwert; diese moderne Nagelform ist für den Träger selbst nicht ganz ungefährlich und jedenfalls in der pathologischen Anatomie verwerflich. Auch Haare und Bart, welche oft hartnäckig

üble Gerüche festhalten, werden durch Waschen mit der Lösung geruchfrei. Besonders wertvoll ist das Chloralhydrat auch für getrocknete Knochenpräparate, die fast immer unangenehm riechen und bei feuchtwarmer Witterung nicht selten Pilzbeslag zeigen. Ich lasse die Knochenpräparate nach Fertigstellung und völliger Trocknung einen Tag oder länger, je nach der Dicke, in 5%ige Chloralhydratlösung legen, dann trocknen, ohne sie noch einmal abzuspülen; sie bleiben so dauernd geruch- und pilzfrei. — Auch für Geweihsammlungen, die nicht selten unangenehm riechen, ist diese Behandlung zu empfehlen. Jedem Mikroskopiker ist bekannt, wie schwer es ist, die für die Untersuchung frischer tierischer Präparate nötige physiologische Kochsalzlösung bakterienfrei zu halten. Schon 1885 habe ich Zusatz von Chloralhydrat empfohlen; es schützt vor Bakterienentwicklung völlig, leider nicht gegen Hefepilze und Algen; ich setze jetzt $1\frac{1}{4}\%$ zu; stärkerer Zusatz würde auch die Entwicklung der letzteren hemmen, doch scheint er den Zellen nachteilig zu sein; $1\frac{1}{4}\%$ ist für die tierischen Gewebe ohne Nachteil; in damit aufbewahrttem Kote haben sich in Spulwurmeiern Embryonen entwickelt; mikroskopischen, *Balantidium coli* enthaltenden Kotpräparaten zugesetzt, hinderte es die Tierchen nicht, mit lebhafter Wimperbewegung herumzuschwimmen. Auch zur geruchlosen Konservierung von Leichen, welche noch tagelang bis zur Beerdigung stehen bleiben sollen, hat sich Chloralhydrat bewährt. Leider ist der Preis des Präparates noch immer sehr hoch.“

„Während ich seit Mitte der 70er Jahre das Chloralhydrat pathologisch-anatomisch verwende, habe ich zufällig Ende der 70er Jahre die wertvolle therapeutische Wirkung desselben bei Rachenentzündungen entdeckt. Seitdem hatte sich in vielen Fällen von akutem und chronischem Rachenkatarrh seine Anwendung ausgezeichnet bewährt. Ich lasse etwa einen Fingerhut voll einer $2\frac{1}{2}\%$ igen Chloralhydratlösung in den Mund nehmen, rasch den Kopf zurücklegen und ihn unter Kaubewegungen rechts und links drehen, nicht gurgeln; es wird dies so lange wie möglich fortgesetzt, dann die Lösung ausgespuckt und der Kopf sofort wieder in den Nacken zurückgelegt, damit die zurückgebliebene Flüssigkeit noch die tieferen Schleimhautabschnitte bespült. Dies lässt man alle $\frac{1}{2}$ Stunde wiederholen. Die üblichen Mittel, besonders das Kali chloricum sollten durch das Chloralhydrat verdrängt werden; bei einer Reihe von Sektionen von Kindern, die mit Kali chlo-

ricum behandelt worden waren, erregte der charakteristische braune Farbenton des Blutes, besonders in Lungen und Schädelhöhle den Verdacht, dass dies Mittel nicht ganz unbeteiligt an dem tödlichen Ausgange gewesen sein möchte. Es liesse sich wohl leicht durch vorsichtiges Betupfen mit von Chloralhydratlösung durchfeuchteten Wattetupfern ein Verschlucken einer grösseren Menge der Lösung verhüten. Hierüber stehen mir aber selbst keine Erfahrungen zu Gebote. Ich möchte die Wirkung des Chloralhydrats ausser auf die Hemmung der Bazillenentwicklung, vielleicht auch Abtötung derselben besonders auf die starke Hyperämie und Transsudation schieben, welche es erzeugt. Ein Tropfen einer Chloralhydratlösung in den Konjunktivalsack eines Hundes eingeführt, führt sofort zu enormer Hyperämie der Konjunktiva mit starker wässriger Absonderung; so mögen auch vielleicht dadurch die Toxine ausgespült werden. Auch die lokal anästhesierende Wirkung dürfte wohl nicht ohne Bedeutung sein, da zweifellos die Schmerzstillung entzündungswidrig wirkt. Die Mitteilung meiner Erfahrungen hat zur Verwendung des Chloralhydrats in der Medizinischen Klinik in Kiel Veranlassung gegeben. Mein Kollege, Herr Geheimrat Quincke, hat mir freundlichst gestattet, seine Erfahrungen mit Chloralhydrat hier mitzuteilen: Er schreibt mir: „Veranlasst durch die mündlichen Mitteilungen meines Kollegen Heller habe ich seit vielen Jahren auf der Medizinischen Klinik in Kiel Chloralhydratlösungen bei Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle mit Vorteil angewendet. Anginen aller Art, besonders wenn die Tonsillenlakunen mit beteiligt oder die Tonsillen zerklüftet waren, werden dreimal täglich oder öfter mit einem kräftigen kalten Spray (2 cm Abstand, $\frac{1}{4}$ —1 Minute) behandelt; dieser flüssige Pinsel reinigt in möglichst schonender Weise teils direkt, teils durch die reflektorisch ausgelösten Würgbewegungen und bringt das Medikament energisch in Berührung mit der erkrankten Fläche. Bei Lues, Diphtherie, Plaut-Vincentischer Angina wurde 1%ige Sublimatlösung, bei allen anderen Formen oder, wo bei den ersteren ein Grund gegen Sublimat vorlag, 2%iges Chloralhydrat verwendet. Für die Nase wurde bei Diphtherie (oder sonst profuser Eitersekretion) ein aufwärts gerichteter Spray von $\frac{3}{4}$ %iger Kochsalzlösung mit 1%igem Chloralhydrat bei wenig nach vorn geneigtem Kopf in 2 cm Abstand gegen die Nasenlöcher gerichtet. Bei ulzeröser Stomatitis (besonders mercurialis) wurde ebenfalls der 2%ige Spray auf das Zahnfleisch appliziert.

Zum Mundspülen sowie zum Gurgeln diene eine 1%ige Lösung. Bei chronischer Laryngitis wurde der Kehlkopf-eingang zweimal täglich mit dem direkten abwärtsgerichteten 1%ige Chloralspray behandelt. Ich habe entschieden den Eindruck von der Wirksamkeit dieser Prozeduren; sie beruht auf der mechanischen Reinigung, auf der Desinfektion (und Desodorisation), vielleicht auf der von Heller erwähnten kurzdauernden Sekretionsvermehrung, endlich folgt dem anfänglichen Brennen Verminderung des Schmerzes“.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 47.)

- **Ueber akute Parotisschwellung.** Von San.-R. Dr. E. Stre-
litz (Berlin): „Ich wurde telephonisch eilig zu einem plötzlich erkrankten Herrn gerufen. Zufälligerweise be-
fand ich mich gerade wenige Häuser von seiner Wohnung entfernt und war spätestens fünf Minuten nach dem Anruf dort. Der Pat., ein 67jähriger, mir lange bekannter, sehr rüstiger und gesunder Herr, erzählte, er habe ruhig an seinem Schreibtisch gesessen und gelesen, als er bei einer schnellen Umdrehung des Kopfes nach hinten einen Ruck verspürte und sogleich darauf eine Spannung in der linken Gesichtsseite; als er hinfasste, bemerkte er eine grosse Anschwellung. In der Tat hatte sein Gesicht eine wesentliche Veränderung erfahren; auf der linken Seite befand sich vor dem Ohre eine wurstförmige, teigige Anschwellung, welche in der Höhe des Tragus begann und sich in ziemlich gleicher Breite ca. 1 cm über den Kieferwinkel erstreckte. Der Pat. war fieberfrei, bei gutem Allgemeinbefinden und hatte weder auf Druck noch spontan irgendwelche Schmerzen, ausser einem geringen Spannungsgefühl beim Öffnen des Mundes. Eine grössere Speichelabsonderung im Munde wurde subjektiv nicht wahrgenommen, auch konnte durch Druck auf die Geschwulst eine Absonderung nach der Mundhöhle nicht erzielt werden. Dass die Geschwulst ganz plötzlich entstanden war, ist mit Sicherheit anzunehmen; einmal wäre die ausserordentliche Veränderung der Gesichtsform seinen Angehörigen ganz gewiss aufgefallen, ferner aber hatte der Pat. sich eine halbe Stunde zuvor rasiert, und es ist ganz ausgeschlossen, dass er dabei nicht eine so ausserordentliche Anschwellung gefühlt haben sollte. Der weitere Verlauf war ein sehr einfacher; nach 24 Stunden war die Anschwellung bereits wesentlich zurückgegangen, aber immerhin noch deutlich zu sehen und zu fühlen. Als ich am vierten Tage verreisen musste, war die Entstellung des Gesichtes ganz verschwunden,

man konnte aber die Konturen der Schwellung besonders unter dem Kieferwinkel noch deutlich fühlen. Es sind seitdem nahezu fünf Monate verflossen; der Pat. fühlt sich vollkommen wohl, und die Speichelabsonderung zeigt keinerlei Abnormitäten. Dass es sich bei dieser Anschwellung um eine Speichelgeschwulst handelte, kann wohl nach der Art ihrer Ausbreitung und nach dem Verlaufe nicht bezweifelt werden; ihre Entstehung erkläre ich mir durch eine Abknickung oder vielleicht auch durch eine Verletzung des Ductus stenoianus. König gibt in seinem Lehrbuch an, dass solche Verletzungen vorkommen und durch prima reunio heilen können, ohne dass überhaupt an die Verletzung des Ductus stenoianus gedacht worden ist. Sonst habe ich in den Lehrbüchern der Chirurgie sowohl wie in der Literatur vergeblich nach einem analogen Fall von so akuter ‚einseitiger‘ Parotisschwellung gesucht.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 49.)

Bücherschau.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung nennt sich eine eigenartige, von Dr. Sarason (Berlin) redigierte Monatsschrift (J. F. Lehmanns Verlag in München), die es sich zur Aufgabe setzt, in regelmässiger Reihenfolge die im letzten Jahre in jeder Disziplin errungenen Fortschritte im Zusammenhange zu besprechen, so zwar, dass in jedem Monat eine dieser Disziplinen von hervorragender Seite referiert wird. Im Januarheft wird die „Allgemeine Biologie und Pathologie“ von Prof. Lubarsch abgehandelt, das Februarheft enthält die „Zirkulationskrankheiten“ aus der Feder von Prof. Ortner. Diese Zeitschrift wird ihren Zweck, den Aerzten einen literarischen Ersatz für die persönlichen Fortbildungskurse zu schaffen, tatsächlich erfüllen und vielen Kollegen sehr willkommen sein. —

Von **Lehmanns Medizin. Handatanten**, die in gleichem Verlage erscheinen, liegt uns Bd. XXVI vor: *Atlas und Grundriss der zahnärztlichen Orthopädie* von E. Herbst (Preis: 14 Mk.). 438 Abbildungen und 3 viel-farbige Tafeln zeigen uns alle Details des Gebietes, und der klare, knappe Text liefert dazu eine vortreffliche Ergänzung. Für denjenigen, der sich mit zahnärztlicher

Orthopädie beschäftigt, gibt es zur Orientierung und zum Eindringen die Materie wohl kein besseres Unterrichtswerk, als diesen Handatlas.

- In der bekannten **Sammlung klinischer Vorträge** (J. A. Barth, Leipzig) ist wieder eine grosse Anzahl neuer Hefte erschienen, auf die wir unsere Leser aufmerksam machen wollen, soweit sie für den Praktiker besonderes Interesse haben. Aus dem Gebiete der *Inneren Medizin* seien genannt: W. Wolff, „Entstehung und Behandlung des runden Magengeschwürs“, G. Graul, „Semiotische Bedeutung der Magenatonie“, Huchard, „Betrachtungen über Arteriosklerose“, A. Kühne, „Straf- und zivilrechtliche Verantwortung des Arztes“, K. Gallus, „Geisteszustand der Epileptischen“, E. Ebstein, „Angeborene und erworbene Trichterbrust“; aus dem Gebiete der *Chirurgie*: A. Meyer, „Tonsillotomie, Indikationen, Methoden, Gefahren“, J. Sklodowski, „Diagnose und Indikationen zur Operation bei unkomplizierter Nephrolithiasis“, Sprengel, „Begriff „Bruchanlage in der Praxis“; aus dem Gebiete der *Gynäkologie*: Dührssen, „Die neue Geburtshilfe und der praktische Arzt“, W. Thorn, „Retrodeviationen des Uterus im Lichte der Praxis“, H. Bab, „Pathologie der infantilistischen Sterilität und ihre Therapie“. Jeder, der sich über diese Themata orientieren will, findet in dem betreffenden Heft, was er sucht. — Auch die **Würzburger Abhandlungen** (Würzburg, C. Kabitzsch) können zum Einzelstudium bestimmter Materien warm empfohlen werden. Wir nennen von neuen Heften: P. Maas, „Hygiene des Ohres“, H. Lüdke, „Moderne Behandlung und Bekämpfung des Abdominaltyphus“, P. Sittler, „Klinische Betrachtungen über Skrofulose“, H. Offergeld, „Interne Behandlung diabetischer Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“, J. Müller, „Syphilis und Ehe“, K. Franke, „Die Neuralgien“, Fr. Hesse, „Oertliche Schmerzverhütung in der Chirurgie“.



Für den redaktionellen Teil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

KNOLL & Co.



Ludwigshafen
am Rhein.

Arsen-Triferrin

Organisches

Arsen-Eisenpräparat.

Arsen-Triferrin enthält 22% Eisenoxyd, 0,1% Arsen, und 2,5% Phosphor. Das Arsen-Triferrin passiert den Magen unzersetzt und wird erst im Darm gelöst und leicht resorbiert. Infolge dieses Verhaltens fallen vor allen Dingen die Arsen-Nebenerscheinungen auf die Magenschleimhaut fort. Die therapeutische Wirksamkeit des Arsen-Triferrins wurde von Prof. Mosse in der Senatorschen Klinik, Berlin festgestellt.

Indikationen:

Blutarmut, namentlich nach schweren Krankheiten, manche Fälle von Bleichsucht, die der Wirkung von Eisen allein widerstehen. Neurasthenie und nervöse Erschöpfungs- bzw. Schwächezustände, Hysterie, Skrofulose und Hautkrankheiten.

Dosierung:

*Dreimal täglich eine Tablette zu 0,3 g. Eine Tablette Arsen-Triferrin enthält 0,05 g Fe und 0,0003 g As.
Die Tabletten sind zu zerkauen.*

Preis: 1 Originalflasche mit 30 Tabletten M. 1.—.

Literatur und Proben kostenlos.

Ein praktischer Ausweg für den Arzt

bei der oft schwierigen Frage des Krankengetränkes ist die Verordnung von Kathreiners Malzkaffee. Dieser ist infolge seiner spezifischen Riech- und Schmeck-Stoffe wohlschmeckend und besitzt gewisse anregende Wirkungen, ohne in irgendeiner Hinsicht schädlich zu sein. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu empfehlen.

Den Herren Ärzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

„Siccator“

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50.

Zu haben bei:

Hermann Katsch, München, Bayerstr. 25.

Asthmainhalations- Zerstäubungsmittel

nach Apotheker Schoellkopf,

ärztlich anerkannt und bestens empfohlen

bei asthmatischem Katarrh u. Asthma-Anfällen, Emphysem,
Asthma infolge Heuschnupfen und Krampfhusten.

Das zuverlässigste existierende Asthmamittel. Original-Packung Mk. 7.50;
kleine (Probe-) Packung Mk. 3.—; vorzügliche Spray-Apparate Mk. 7.50.

Literatur kostenlos. Zu beziehen durch das

Chemisch-pharmazeut. Laboratorium „Bavaria“, München.

Apotheker R. Schoellkopf.

Malztropon

für stillende Mütter

Malztropon bewirkt eine auffallend schnelle Vermehrung der Muttermilch; es hebt das Allgemeinbefinden und beseitigt etwa vorhandene Beschwerden des Selbststillens.

Büchse **nur** Mk. 1.—.

Troponwerke Mülheim-Rhein.



Warum **Kaisers Kindermehl** eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis $\frac{1}{4}$ kg-Dose 65 ♂ Proben gratis $\frac{1}{2}$ kg-Dose M 1.25.

Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

Dr. Walther Koch's „Praevalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberculose**, Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herz-robrierende** Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

**Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik
in Döhren bei Hannover.**

Deutsch-Südtirol

Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt

Lenicet
Euvaselin
Bleno-Lenicet
Salben

Dr. R. Reiss'
Lenicet- u.
Euvaselifabrik
Charlottenburg 4

schwerlösl.
essigsaure
Tonerde
in
Streupulvern,
Salben,
Chirurgie
Dermatolog.
Ophthalmolog.
Gynaecolog.



Neuheit!

D. R. P. Nr. 193 523.

D. R. G. M. Nr. 329 682.

**Apparat zur Anlegung fester
Verbände an der unteren
Extremität nach Dr. Manasse**

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Operation von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
 2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
 3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
 4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.
- Preis Mk. 120.—** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowerstr. 18/19, Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.**

vergl.
„Zentralblatt
für
Chirurgie“
Nr. 18,
1908.

ohne
ärztliche
Assistenz.

KÖNIGL.
 Natürliches Mineralwasser
FACHINGEN

Von heilwirkendem Einfluss

bei: Gicht, harnsaurer Diathese, Diabetes,
 Erkrankungen der Verdauungsorgane (Sod-
 brennen), Nieren-, Blasen- und Harnleiden.

Appetitanregend
 stoffwechselfördernd
 harnsäurelösend.

Literatur auf Verlangen durch die Brunnen-
 inspektion in Fachingen (Reg.-Bez. Wiesbaden).

KÖNIGL.
 Natürliches Mineralwasser
FACHINGEN

Laxin
Confect

Original Dose (20 Stück) 1-Mark

**Abführende
 Fruchtpasten**

von höchstem
 Wohlgeschmack
 und sicherer,
 milder Wirkung.

Proben und Literatur gratis.

Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.

Prof. Dr.
Soxhlet's

Nährmittel

für Säuglinge als Dauernahrung sowie für
 ältere Kinder und Erwachsene während und
 nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulver-
 form in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu M. 1.50.

Nährzucker-Kakao in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric.
 die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt M. 1.80.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat.
 sol. Ph. IV. die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt M. 2.—.

Leicht verdauliche **Eisenpräparate**, klinisch bewährt
 bei Atrophie und Anämie.

== Den Herren Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei. ==

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., Pasing b. München.

Albin

H₂O₂=Zahnpasta

stark desinfizierend und desodorisierend, dabei völlig
ungiftig. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, foetor ex
ore u. dgl.

Lactagol

Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten,
Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben
sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie
erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne
man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

XIX.
Jahrgang.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

Einzelpreis 45 Pf.

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—
zuzüglich Porto.)

№ 9.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge
aus der gesamten Fachliteratur
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben
von
Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Inhalts-Verzeichnis:

Anästhesie, Narkose. — Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. — Blutungen. —
Dermatitis. — Frakturen und Luxationen. — Intoxikationen. — Obsti-
patio. — Phimose. — Rhinitis. — Tumoren. — Ulcus ventriculi. —
Vitia cordis. — Vermischtes

Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzenelweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. ⚭ Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2–6 Tabletten täglich. ⚭ Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes J ⚭ Literatur und Proben kostenfrei.

Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz

CARL SALLMANN IN LEIPZIG.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
Elberfeld-Leverkusen a. Rh.

Citarin

harnsäurelösendes Formaldehydderivat

vortreffliches Mittel gegen

typische Gicht

vor allem bei akuten Anfällen

ohne Nebenwirkungen, angenehm im Geschmack, prompt
schmerzstillend.

Sobald die ersten Anzeichen des Anfalls sich bemerkbar
machen, in massiven Dosen zu nehmen: 2 g, abklingend
5—4—3—2mal täglich, in kaltem Wasser gelöst.

Rp. Citarin-Tabletten à 2 g Nr. X „Originalpack. Bayer“.

Die unveränderte Zusammensetzung

des Mineralwassers der „Kaiser Friedrich-Quelle,
Offenbach a. M.“, ist seit Jahren durch zahlreiche
Analysen festgestellt. Die wesentlichen Bestand-
teile Na, K, Li, Cl und HCO_3 Jonen sind stets
in nahezu gleicher Menge nachgewiesen. Die
„Kaiser Friedrich-Quelle“ bietet daher den Vorteil
eines **genau** dosierten **Heilmittels** dar.
Indiziert bei **Gicht, Nierenleiden, Chole-**
lithiasis, sowie allen Stoffwechselkrankheiten.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die
Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

SALEN.

D. R. P.

leicht resorbierbarer, geruchloser,
vollständig reizloser Salizylsäureester
zur externen Behandlung von Rheumatosen,
sowie bei akuten Gichtanfällen.

Rp. Salen. spir. aa 10,0 S. äusserlich.

Bei akuten Gichtanfällen: Rp. Salen. pur. 15,0 S. zum Aufpinseln.

SALENAL

Ungt. Salenae mit 33 $\frac{1}{3}$ % Salen. pur.

Bequemste und billigste Anwendungsweise von Salen.

Kassenpraxis

Rp. 1 Originaltube Salenal (ca. 30 g entsprechen 10 g Salen. pur.)
M. 1,10.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz
der versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze ^{zu} Trinkkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

Dr. Ernst Sandow's Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20,
30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift
des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarrhal. u. entzündl. Augenerkrankungen,
sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.

Gastrosan

== Magendarmantiseptikum. ==

Indikationen:

Hyperaciditätsbeschwerden, Zersetzungen (Gärung) des Mageninhalts bei Atonie, Pyloruskrampf, Magen-erweiterung, Salzsäuremangel, gesteigerte **Darmfäulnis** und **Darmgärungen**.

Neu! Gastrosan-Tabletten zu 0,5 g,
in Wasser zu einem feinen Pulver zerfallend.

Rp. Gastrosan-Tabletten zu 0,5 g, 20 Stück in Originalröhrchen
(Preis Mk. 1,20).

S. 2—4mal täglich 1 Tablette (nach den Mahlzeiten). Vor
dem Einnehmen in etwas Wasser zerfallen lassen.

Tannismut

Darmadstringens

mit rasch eintretender, lange anhaltender, auch auf die
unteren Darmpartien sich erstreckender Wirkung bei
akuten und chronischen Diarrhöen.

Verbindet Wismut- und Tanninwirkung.

Rp. Tannismut-Tabl. 0,5 g, 20 Stück in Originalröhrchen.
S. tägl. 3—5 Tabletten.

Rp. Tannismut 10 g in Originalschachtel.
S. 3—6mal täglich 1 Messerspitze voll, am besten in Suppe
zu nehmen.

Anguentum „Heyden“

Zu **diskreten Quecksilberschmierkuren**; besonders
geeignet für **Frauen, Kinder und Zwischenkuren**. Färbt
weder Haut noch Wäsche. Tagesdosis 6 g.

In graduierten Schieberöhren zu 30 und 60 g.

Proben und Literatur kostenfrei.

Chemische Fabrik von Heyden,
Radebeul-Dresden.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Juni

XIX. Jahrgang

1910

Anästhesie, Narkose. Todesfälle bei Skopolamin-Morphium-Narkose. Von Geh. Mediz.-Rat Prof. Dr. Rinne (Elisabeth-Krankenhaus Berlin). Autor berichtet über zwei derartige Fälle. Beide Pat. litten an schweren Veränderungen am Gefäßsystem und waren wenig widerstandsfähig. Bisher hatte aber Autor diese Narkose in solchen Fällen mit bestem Erfolge benutzt. Man muss jedenfalls mit der Dosierung recht vorsichtig sein!

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 3.)

— **Kontraindikation der Aethernarkose bei Röntgenaufnahmen.** Von Dr. H. Krukenberg (Elberfeld). Autor machte bei einem zweijährigen Kinde nach Einrenkung einer kongenitalen Hüftgelenkluxation zur Kontrolle eine Röntgenaufnahme und leitete dabei eine leichte Narkose ein: kombinierte Chloroformaethernarkose. Plötzlich explodierten die Aetherdämpfe und richteten grossen Schaden an. Bei Röntgenuntersuchungen ist eben durch event. kleine Funken an der Röhre die Möglichkeit der Explosion gegeben.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 4.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. Ueber die Hautdesinfektion des Operationsfeldes mit Alkohol und Jod. Von Prof. Dr. M. Donati (Chirurg. Klinik in Turin). Das Verfahren hat vor dem Grossichschen voraus, dass es völlig reizlos ist und die zu operierenden Partien nicht so verfärbt. „Mein Verfahren stellt, alles in allem, eine Kombination der Methoden von v. Brunn und Grossich dar. Von beiden hat sie das Prinzip der Abschaffung der

vorherigen Hautwaschung. Anfangs habe ich eine Lösung von 10—12 ccm offiz. Jodtinktur und 90 ccm 96%igem Alkohol (= 0,70 g Jod in 100 ccm Alkohol) und zuletzt eine 1%ige Jodlösung in rektifiziertem Alkohol (= 1 g Jod, Alkohol 100 ccm) eingeführt. Das Verfahren ist folgendes: Für die dringenden Fälle, für Lumbalpunktionen, Explorativpunktionen usw., trocken rasieren (oder, wenn überflüssig, gar nicht) und darauf das Operationsfeld und die Umgebung mit sterilem, in Jodalkohollösung getränktem Gazebausch abreiben, dann noch ein zweites und eventuell ein drittes Mal mit der gleichen Lösung die Haut bestreichen und zuletzt mit sterilen Tüchern das Operationsfeld abgrenzen. Nun folgt der Eingriff. Nach der Hautinzision werden an den Wundrändern sterile Gazekompressen befestigt, um die umliegende Haut zu decken, und bis zum Schluss nicht wieder entfernt. Die Wundnaht erfolgt gewöhnlich mit Michelschen Klammern. Wenn es sich nicht um dringende Fälle handelt, sondern um Pat., die schon in der Klinik sind, unterlasse ich das Trockenrasieren der Haut, das vielen Kranken unangenehm ist; in diesen Fällen lasse ich 24 Stunden vor der Operation, nach dem Reinigungsbad, das Operationsfeld mit Seife rasieren und sofort mit steriler Gaze trocknen, mit Alkohol ausspülen und mit Jodalkohollösung bestreichen. Dann wird ein trockener steriler Gazeumschlag angelegt; doch ist das nicht gerade unerlässlich. Am nächsten Tag wird der Kranke ohne weiteres auf den Operationstisch gebracht und nach der Narkose die Haut nach dem oben beschriebenen Verfahren sterilisiert; nach Vollendung der Operation wird die Nahtreihe und die umliegende Haut, die gewöhnlich wegen Blut- und Serumabfluss wieder etwas heller geworden ist, nochmals mit Jodalkohollösung bestrichen und der Verband aus steriler Gaze angelegt. Wenn die Wunde zum erstenmal behandelt wird, lassen wir auf die Nahtlinie wieder die Jodlösung tropfen. Mit diesem Verfahren haben wir in unserer Klinik bis jetzt mehr als 400 mittlere und grosse Operationen ausgeführt, und ich glaube behaupten zu dürfen, dass eine vollkommene Hautdesinfektion erreicht wurde.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 13.)

- **Ein sterilisierbarer Katheterhalter.** Von Dr. E. Schweinburg (Brünn). Das Instrument besteht aus zwei je 5 cm langen, $2\frac{1}{4}$ cm breiten Blättern, die an einer der Längsseiten mittels Scharnieren und einer Spiralfeder verbunden

sind; es ist aus Metall, gleichmässig stark vernickelt, daher vollkommen auskochbar. Die Aussenflächen sind leicht konvex und geriffelt (um das Festhalten mit den Fingern zu unterstützen), die Innenflächen sind glatt und konkav. Die Handhabung ist die denkbar einfachste. Der sterile Katheter wird mit dem sterilisierten Katheterhalter gefasst, eingefettet und in die Harnröhre eingeführt; ist der Katheterhalter nahe dem Orifizium, wird er nach aufwärts geschoben (bei halbharten etwas höher, als bei weichen Kathetern), der Katheter weiter eingeführt, dieser Vorgang nun solange wiederholt, bis der Katheter in der Blase ist. Das Einführen vollzieht sich vollkommen einwandfrei, das Tastgefühl ist in keiner Weise beeinflusst. Das Instrument wurde von der Firma Josef & Ludwig Hlavka in Brünn angefertigt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1910 Nr. 13.)

— **Automors, ein neues Desinfektionsmittel.** Von Ober-Arzt Dr. Einecker. Autor kommt auf Grund seiner Versuche zu folgenden Schlüssen:

1. Automors hat vor altbewährten Desinfektionsmitteln keine bemerkenswerten Vorteile, der Karbolschwefelsäure gegenüber sogar noch den Nachteil der schlechteren Löslichkeit. Für die Desinfektionspraxis ist es nicht besonders zu empfehlen, da ein Desinfektionsmittel, von dem vor der Benutzung jedesmal eine Lösung frisch bereitet werden muss, für viele Verhältnisse ungeeignet erscheint.

2. Zur Desinfektion von Kot, Sputum sowie von Gefässen ist es nicht empfehlenswert.

3. Die Automorseife hat vor der gewöhnlichen Kali-seife keine Vorzüge.

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 9.)

— **Automors und Morbucid im Vergleich zu älteren Desinfektionsmitteln (Karboll, Lysol, Lysoform).** Von Dr. R. Friedländer (Poliklin. Institut für innere Medizin in Berlin). Auf Grund seiner Untersuchungen schliesst Autor:

1. Lysoform und Morbucid kommen für die praktische Medizin als Desinfektionsmittel bei Zimmertemperatur überhaupt nicht in Betracht, sie mögen dagegen zum desinfizierenden Kochen von Wäsche usw. recht brauchbar sein. Ihre Giftigkeit ist nicht so gering, dass sie übersehen werden darf.

2. Automors gehört sowohl wegen seines hohen Gehaltes an freier Schwefelsäure, obwohl es nicht 15,0 sondern nur 14,4% enthält, wie auch seines Gehaltes an

Kresol zu den Giften, und es wäre dringend zu wünschen, dass von der Behörde die freie Abgabe verboten würde, bevor Unglücksfälle zu beklagen sind.

In schwachen, vorgeschriebenen Lösungen sind alle Gifte ungiftig. Es ist für die Verwertung in der praktischen Medizin, im Haushalt, zur Körperpflege durchaus ungeeignet infolge seiner Giftigkeit, seines starken Säuregehaltes und seiner Aetzwirkung. Die Aeusserungen der Fabrik über Giftfreiheit, Geruchlosigkeit und hohe Desinfektionskraft sind als den Ergebnissen der Untersuchungen nicht entsprechend zu bezeichnen.

(Therap. Monatshefte April 1910.)

Blutungen. Beitrag betreffend die Stauungsblutungen am

Kopfe. Von Dr. Focke (Düsseldorf). Einem ca. 60jähr. allein für sich lebenden biederem Schühmachermeister war am 28. Mai 1908 (Himmelfahrt) beim Abendessen ein Stück Fleisch im Halse stecken geblieben. Er allarmierte seine Nachbarn im Hause. Da diese aber die nächsten Aerzte nicht antrafen, brachten sie einen im Sanitätsdienst ausgebildeten Feuerwehrmann mit, der dann anscheinend mit dem Finger den Bissen nach abwärts stiess. Das Fleischstück hatte ungefähr $\frac{1}{4}$ Stunde festgesessen. Abermals $\frac{1}{4}$ Stunde später sah ich den Mann. — Status: Der ganze Kopf war unförmlich gedunsen und bläulichgrau gefärbt. Das rechte Auge war ganz zugeschwollen, und die Lider bildeten mit ihrer Umgebung eine zusammenhängende dunkelrote Vorwölbung (Blutunterlaufung) von mehr als Fünfmarkstückgrösse. Das Auge konnte von selbst nicht geöffnet werden. Der Mann sass auf dem Stuhle; Atmung und Puls waren ganz ruhig, die Farbe der Hände zeigte nichts Krankhaftes. Kein Zeichen von Alkoholmissbrauch. Mehrere Mitbewohner des Hauses bezeugten gleichlautend, dass sie den Mann kurz vor dem Abendessen noch mit seinem gewohnten blassen Gesicht in normaler Verfassung bei der Arbeit gesehen hatten und dass die ganze Veränderung am Kopfe binnen weniger Minuten vor ihren Augen entstanden sei, während er sich unter verzweifelten Würganstrengungen auf dem Kissen seines Bettes herumgewälzt habe. Bei näherem Zusehen bemerkte ich im Gesicht zahlreiche Petechien, besonders bei Fingerdruck. Sie hatten um das Auge herum, vor allem auf dem Jochbogen und zur Schläfe hin, meistens etwa Hanfkorngrösse; im übrigen waren sie etwa nur sandkorngross. Eine Kontusion hatte am Auge nicht stattgefunden. Da

der Mann links von früher her blind war, so konnte er infolge der rechtseitigen Schwellung jetzt plötzlich gar nichts mehr sehen und war deshalb genötigt, sich ins Hospital bringen zu lassen. Nachdem aber dort kalte Umschläge gemacht waren, konnte er am nächsten Tage das Auge wieder halb öffnen und nach Hause zurückkehren. — Als ich ihn einen Monat später aus anderem Anlass und bei voller Gesundheit wiedersah, war ich höchst verwundert. Der jetzt wieder schmale blasse Kopf war dem damaligen Anblick so unähnlich, dass ich ihn kaum wiedererkannt hätte, gerade so, wie es bei dem von Sick beschriebenen und abgebildeten Pat. gewesen sein muss. Bei Säuglingen habe ich ein paarmal symmetrische B. in die Conjunctivae palpebrarum nach anhaltendem heftigen Schreien beobachtet. In einem Falle von Stomatitis aphthosa, wo das Kind, weil es keine Nahrung schlucken konnte, etwa 2 1/2 Tag fast ununterbrochen geschrien hatte, standen ausserdem symmetrische grosse Petechien über den oberen Teil beider Wangen zerstreut. Die Symmetrie ist hier wohl erklärbar dadurch, dass die gewickelten Kinder, so lange sie überhaupt hingelegt worden waren, stets auf dem Rücken gelegen hatten. Dagegen überwogen die Blutaustritte in der rechten Gesichtshälfte bei dem Manne jedenfalls deshalb, weil er sich bei dem Würgen meistens nach der rechten Seite über den Bettrand hinübergebeugt hatte, da das Bett mit der linken Seite an der Wand stand.“

(Zentralblatt f. innere Medizin 1910 Nr. 10.)

- A. Hauptmann, **Vikariierende Menstruation in Form von Lippenblutungen.** (Aus dem Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.) Es handelt sich um ein 18jähriges Mädchen, das wegen allerhand neuropathischen Beschwerden in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Anamnese: Eltern leben, gesund. Fünf gesunde Geschwister. Eine Schwester leidet an Lungenspitzenkatarrh, ein Bruder an Pneumonie gestorben. Als Kind Masern, Scharlach. Später bleichsüchtig. Viel Kopfschmerzen. Kriebeln in Händen und Füßen, starkes Schwitzen. Mit 14 Jahren trat zum ersten Mal eine Blutung unter die Haut und Schleimhaut der Ober- und Unterlippe auf, die nach einigen Tagen wieder verschwand. In der Folgezeit wiederholte sich diese Blutung regelmässig alle vier Wochen, dann trat sie unregelmässig auf, bis mit 15 Jahren zum ersten Male die Menses einsetzten. Diese waren meist schwach, von kurzer Dauer und von mässigen Schmerzen begleitet. Sie traten

nicht regelmässig alle vier Wochen ein, sondern an ihrer Stelle zeigten sich dann die obenerwähnten Lippenblutungen. Zuweilen auch setzten, nachdem einige Tage vorher die Lippenblutungen aufgetreten waren, die Menses dann doch noch ein, waren aber dann bedeutend schwächer als sonst. Pat. bemerkt vor dem Auftreten der Lippenblutungen ein eigentümliches Ziehen und Stechen in den Lippen. Irgendwelche Klagen von seiten der Genitalorgane bestehen nicht. Status bei der Aufnahme: Normal entwickeltes Mädchen in gutem Ernährungszustande. Haut und Schleimhäute blass. Hämoglobin: 75% (Sahli). Mikroskopisches Blutbild absolut normal. Keine Oedeme. Keine Exantheme. Keine Drüsenschwellungen. Starke Schweissabsonderung am ganzen Körper. Die inneren Organe zeigen keinen pathologischen Befund. Die Genitalorgane sind völlig normal entwickelt und in keiner Weise krankhaft affiziert. Urin ist frei von Eiweiss und Zucker. Die Untersuchung des Nervensystems ergibt eine Herabsetzung des Konjunktival- und Rachenreflexes, sowie eine Ueberempfindlichkeit der Hautgefässe (Dermographismus), im übrigen völlig normale Verhältnisse. Jetzt, etwa vier Wochen nach der letzten Periode, bildete sich in der Mitte der Haut der Oberlippe eine mässige Schwellung aus; diese wuchs im Laufe von wenigen Stunden, ging auch auf die Schleimhaut über und nahm einen bläulichroten Farbenton an, hervorgerufen durch unter die Haut und Schleimhaut ausgetretenes Blut. Die Schwellung nahm immer mehr zu, so dass die Oberlippe schliesslich rüsselartig vorgetrieben war. In der extrem gespannten Schleimhaut traten nun tiefe Rhagaden auf, aus welchen auch Blut heraussickerte. Die Lippe fühlte sich ziemlich derb an und war sehr schmerzhaft. Während der Prozess sich im Laufe von etwa $1\frac{1}{2}$ Tagen wieder zurückbildete, begann das gleiche Bild sich an der Unterlippe zu entwickeln. Nach zirka drei Tagen war die Schwellung verschwunden, und nur kleine bräunliche Flecken zeigten die Stellen der früheren B. an, die dann auch im Laufe von etwa acht Tagen resorbiert waren. Das Gleiche wiederholte sich nach nicht ganz vier Wochen. Nachdem die Affektion auf der Höhe der Entwicklung war, traten diesmal aber die Menses ein. Nach weiteren vier und acht Wochen konnte H. den gleichen Prozess abermals in genau der gleichen Weise sich abspielen sehen. — Eine sichere ätiologische Erklärung dieses Falles vermag ich nicht zu geben, wenn man nicht auf die in den meisten derartigen Fällen herangezogene „ner-

vöse Disposition“ rekurren will. Hierfür liegen ja, wie sich aus der Anamnese und dem Status ergibt, mehrfache Anhaltspunkte vor. Eine krankhafte Affektion der Genitalorgane, die in einer Anzahl von Fällen festgestellt werden konnte, war hier nicht nachzuweisen. Und so ist auch für eine spezifische Therapie dieser dem Mädchen natürlich sehr peinlichen Affektion kein rechter Angriffspunkt gegeben. Natürlich wird man versuchen, durch Behandlung der Chlorose und Kräftigung des Nervensystems günstig einzuwirken.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 41.)

- H. Althoff (Attendorf), **Tödliche BL aus den Nabelschnurgefässen bei einem 12 Tage alten Knaben einer Bluterfamilie.** Am 9. August v. J. wurde A. zu einem Knaben gerufen, der 12 Tage alt war, und bei dem tags zuvor eine leichte Bl. aus dem Nabel stattgefunden hatte. Die Bl. hatte wieder nachgelassen. Am nächsten Morgen war aber der Nabelverband ganz von Blut durchtränkt, weshalb zum Arzt geschickt wurde. Befund: Der Nabel war etwas vorgewölbt und hatte eine ziemlich tiefe Nabelgrube; aus der letzteren sickerte langsam, aber unaufhörlich und gleichmässig dunkelrotes Blut. — Nach Reinigung des Nabels und seiner Umgebung wurde ein stark komprimierender Heftpflasterverband angelegt, darüber der übliche Nabelverband. Etwa vier Stunden später war der Verband wiederum von Blut durchtränkt. Nun machte der Vater folgende Angaben: Er selber blute, sobald er sich die Haut nur eben anritze, sehr stark; vor 12 Jahren habe er einen Stich in die Gegend der linken Kniescheibe bekommen und damals sehr viel Blut verloren. Seine Frau habe im Alter von 18—20 Jahren sehr häufiges und starkes Nasenbluten gehabt, so dass sie öfters, wenn sie aus dem Elternhause fortgegangen sei, wegen starken Nasenblutens zurückkehren musste. Das Nasenbluten habe oft stundenlang gedauert. Einmal sei sie wegen starken Nasenblutens draussen im Freien ohnmächtig umgefallen und habe längere Zeit bewusstlos dagelegen. Vor zwei Jahren habe sie bei einer Geburt sehr viel Blut verloren. Eines der Kinder im Alter von sechs Jahren leide viel an Nasenbluten; das Blut komme dann nur so in Strömen aus der Nase und sei kaum zu stillen. Nach diesen Angaben des Vaters war es klar, dass es sich um ein Kind einer Bluterfamilie handle; A. liess das Kind zur Blutstillung in seine Wohnung bringen. Nach Entfernung des Verbandes sickerte das Blut genau, wie oben schon beschrieben, in gleich-

mässig langsamem Strome aus der Tiefe des Nabels. Ein direktes Fassen der blutenden Gefässe mit der Klemme war nicht möglich. Deshalb wurden in der Tiefe des Nabelgrundes drei Seidenknopfnähte gelegt. Da es noch schwach blutete, wurde eine Tabaksbeutelnaht gelegt und fest zugeknötet; darüber kamen noch vier Knopfnähte. Nun schien die Bl. zu stehen; es wurde ein komprimierender Heftpflasterverband angelegt, darüber Watte und rund um den Leib Bindentouren. Zu Hause nahm das Kind die Brust und schlief ein; später sei es etwas unruhig gewesen. Als A. abends nachsah, war das Kind im Sterben. Der Verband war von Blut durchtränkt. Haut und Schleimhäute des Kindes waren völlig blass; die Angehörigen sagten, das Kind ist bis auf den letzten Tropfen bei gesundem Herzen ausgeblutet. Im vorliegenden Falle war die Geburt normal verlaufen, in den ersten fünf Tagen soll der Urin des Kindes blutig gewesen sein, der Nabelstrang hatte sich am siebenten Tage nach der Geburt abgestossen, eine entzündliche Reaktion am Nabel war nicht vorhanden. Wahrscheinlich ist beim Baden des Kindes oder beim Anlegen des Nabelverbandes ein Druck gegen den Nabel ausgeübt, und hierdurch die Bl. eingeleitet worden. Ergotin, Hydrastis, Plumb. acet. oder Gelatineinjektion waren wohl bei dem erst 12 Tage alten Knaben nicht angebracht; auch wollte der Vater, unter dessen Assistenz die Naht gemacht wurde, einen weiteren therapeutischen Eingriff nicht gestatten, weil er glaubte, das Kind könne denselben nicht mehr aushalten. — Aerztlich ist der vorliegende Fall besonders deshalb von Interesse, weil sowohl Mutter wie Vater an der Bluterkrankheit leiden, von der Nachkommenschaft ein sechs Jahre altes Mädchen zu sehr starken Bl. neigt, und ein 12 Tage alter Knabe das Opfer einer unstillbaren Bl. aus den Nabelschnurgefässen geworden ist.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 41.)

— **Ein Fall von chronischen Hautblutungen bei Hysterie.**

Von Stabsarzt Dr. E. Binder (Garnisonlazarett I Berlin). Ein Soldat bekommt seit mehreren Jahren fortdauernd Blutflecke an der Haut und zeigt ausserdem Symptome von Hysterie. In die bekannten Krankheitsbilder lässt sich der Fall nach seinem klinischen Verlaufe in keiner Weise einreihen. Es ist deshalb vollkommen gerechtfertigt, ihn in ätiologischer Beziehung der Hysterie zuzuteilen, wenn gleich es nicht vergessen werden darf, dass auch gegen-

über den bisher bei Hysterie beobachteten Hautblutungen der Fall wesentliche Unterschiede zeigt. Alle bei Hysterie vorkommenden vasomotorischen Störungen, zu denen ja auch Bl. unter die Haut in seltenen Fällen gehören, pflegen in der Regel anfallsweise im Anschluss an psychische Affekte oder sonstige Erregungszustände aufzutreten und meist nach kurzer Zeit wieder zu verschwinden, ohne sich zu wiederholen, ganz im Gegensatz zu der hier beobachteten langdauernden und durch keine äusseren Einwirkungen beeinflussten Affektion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 12.)

- **Eine Kompressionspinzette zur Stillung von Nasenblutungen.** Von Dr. H. Knecht (Linz a. D.). Das Septum wird mittels Schraubenvorrichtung komprimiert, die Kompressionsbranchen sind mit Gummibezug versehen. Nach einigen Minuten steht die Septumblutung, es kann event. kauterisiert werden. Das Instrument (Hersteller: Bott & Walla in München) kann auch den Pat. überlassen werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1910 Nr. 11.)

Dermatitis. Hautreizende Wirkung von Efeu. Von Prof.

Dr. F. Zinsser (Köln). „Im Jahre 1901 konsultierte mich eine junge Dame wegen eines Ausschlags an den Händen. Es handelte sich um ein blass bläulichrotes, stark juckendes, akut aufgetretenes, sichtlich artefizielles Erythem, hauptsächlich auf Handrücken und Fingern. Da die Dame eine grosse Blumenfreundin war und viel im Garten arbeitete und auch am Tage zuvor dieser Beschäftigung nachgegangen war, vermutete ich irgend eine pflanzliche Reizung, ohne jedoch die Ursache finden zu können. Mit Primeln war die Pat. nicht in Berührung gekommen. Unter Puderbehandlung ging der Ausschlag schnell zurück. Längere Zeit nachher kam die Dame wieder zu mir mit dem gleichen Ausschlag. Diesmal war er aber viel intensiver und nahm hauptsächlich die Beugeseiten beider Vorderarme ein. Ueber die Ursache war sich die Pat. diesmal vollkommen klar. Sie hatte tags zuvor mit blossen Armen im Garten gearbeitet. Dabei hatte sie eine Menge Efeuranken abgeschnitten und diese zu einem Bündel zusammengeballt in beiden Armen weggetragen. Auf die innige Berührung mit dem Efeu führte sie die diesmalige Reizung zurück. Da mir eine hautreizende Eigenschaft des Efeus unbekannt war, hielt ich ihre Erklärung für unwahrscheinlich. Immerhin einigten wir uns dahin, dass sie in

Zukunft jede nähere Berührung mit Efeu meiden solle, und so blieb sie denn weiterhin von ähnlichen Hautreizen verschont, bis mehr als ein Jahr nachher wieder eine D. auftrat, die geradezu wie ein Experiment bewies, dass die Berührung mit dem Efeu die Ursache war. Die Dame hatte im Garten Rosen geschnitten; dabei fiel ihr die Blumenscheere in ein den Boden des Beetes bedeckendes Efeugestrüpp. Ohne im Augenblick an die bisher stets peinlich vermiedene Berührung mit dem Efeu zu denken, griff sie mit der rechten Hand in den Efeu, um die Schere zu suchen. Bald danach fing die Haut der rechten Hand an zu jucken, und es entwickelte sich die nämliche D., diesmal nur an der rechten Hand, die mit dem Efeu in Berührung gekommen war. Damit schien die hautreizende Wirkung des Efeus bewiesen. Ich muss noch nachholen, dass die von der Efeud. wiederholt betroffene Dame sonst vollkommen gesund war und namentlich keine besondere Empfindlichkeit Hautschädigungen irgendwelcher Art gegenüber an sich beobachtet hat.“

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 52.)

Epilepsie. Ueber ambulante Epilepsiebehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Sabromin. Von Dr. Froehlich (Berlin). An 14 Pat. wurden 3500 g des Mittels ordiniert, mit glänzendem Erfolge. Im Durchschnitt kann man mit 3—4 g pro die aus. Die Tabletten müssen zerkaut und mit Wasser hinuntergespült werden. Man muss Sabromin einige Monate geben und mit der Quantität sehr allmählich hinuntergehen. Nie hat Autor Bromakne gesehen, nie Aenderung des psychischen Verhaltens.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1910.)

— **Zur Therapie der E.** Von Prof. Dr. E. Biernacki (Lemberg). In zwei Fällen sah Autor, dass die E. zum ersten Mal sich wesentlich besserte, als wegen anderen Ursachen eine *Kur in Karlsbad* stattfand.

(Wiener klin. Wochenschrift 1910 Nr. 11.)

Frakturen und Luxationen. Zur Extensionsbehandlung der Unterschenkelfrakturen. Von Marine-Ob.-St.-A. Dr. Knocke (Kiel). „So oft Unterschenkelbrüche im unteren Drittel mit erheblicherer Dislokation in meine Behandlung kamen, hatte ich die Empfindung, als ob hier die Bardenheuersche Extension, die ich sonst fast durchweg anwende, nicht die Zugwirkung auf das distale Frag-

ment auszuüben vermöchte, die wünschenswert bzw. erforderlich ist, um womöglich eine anatomisch ideale Heilung herbeizuführen. Die Angriffsstelle für den Streckverband distalwärts von der Frakturstelle ist zu kurz; der Verband liegt in der Hauptsache oberhalb des Bruches und kann infolgedessen auf das untere Fragment direkt nur wenig einwirken. Ich habe früher bisweilen eine der üblichen Ledermanschetten benutzt, die um die Malleolen gelegt wurden, wende sie jedoch seit langem nicht mehr an, weil zu leicht trotz sorgfältigster Polsterung Dekubitus — meist auf dem Fussrücken — auftritt. In Nr. 4 dieses Zentralblattes ist von Rücker eine kleine Abweichung von der Bardenheuerschen Methode beschrieben worden, die wohl aus gleichen Bedenken und Erwägungen entstanden ist. Er legt neben den üblichen Längsextensionsstreifen noch zwei ‚Stiefelzüge‘ um das Fussgelenk an, „extendiert mit ihnen das periphere Fragment in der wirksamsten Weise isoliert neben der Hauptstrecke, die die Muskulatur entspannt“ und hat auf diese Weise gute Resultate erzielt. Dieses Verfahren leuchtet mir sehr ein und ist wohl sicher imstande, den angeführten Nachteilen entgegenzuarbeiten. Mir selbst hat sich bei einigen Fällen ein anderes Vorgehen bewährt, das ich der Nachprüfung empfehlen möchte, da es sehr einfach, billig und überall anwendbar ist. Nach mehrfachen Versuchen und Aenderungen gehe ich jetzt in folgender Weise vor: Nach ausgiebigster Polsterung des Fusses, namentlich des Fussrückens, bis dicht oberhalb der Malleolen wird der Fuss in einwandsfreier Dorsoflexions- und Supinationsstellung eingegipst mit zu beiden Seiten eingelegten Streifen von Segeltuch, die zum späteren Anhängen des Gewichtes dienen. Vor dem Anlegen des Gipsverbandes markiert man sich die Mittellinie sowohl auf der Rücken- wie auf der Beugeseite durch untergelegtes Pflaster oder dergl., um auf ihm vor Erhärten des Gipses den Verband durchschneiden zu können. Es entstehen so zwei Hälften, die leicht abzunehmen und ebenso leicht wieder anzulegen sind. Ihre Fixierung im letzteren Falle gelingt durch wenige Bidentouren. Jetzt lässt man die beiden Hälften hart werden, gibt ihnen vielleicht noch ein kosmetisch besseres Aussehen und hat nun den ‚Gipsschuh‘, der von mir in genannten Fällen angewandt wurde. Dieser Gipschuh, das erstemal bei genügender Polsterung angelegt, passt annähernd für jeden analogen gleich grossen Fuss; für die ersten Fälle ist es natürlich erforderlich, jedesmal

einen abnehmbaren Gipsschuh besonders herzustellen: bei einigermaßen grösserem Betrieb lohnt sich die kleine Mühe bald. Die Resultate, die ich bisher mit diesem Verfahren erzielt habe, sind sehr gut; ich habe — was mir mit dem Bardenheuerschen Streckverband nicht gelingen wollte — die Dislokation ausgleichen können und bin auch mit den funktionellen Erfolgen sehr zufrieden. Die Vorzüge des Gipsschuhes sind meines Erachtens folgende: Einfache Anlegung eines Extensionsverbandes und billige Herstellung desselben, ferner seine häufige Verwendbarkeit. Dazu kommt noch der nicht zu unterschätzende Vorteil, dass die Entstehung eines Spitz- oder Plattfusses ausgeschlossen ist. Und schliesslich lässt sich an einem solchen Gipsschuh unmittelbar nach dem Anlegen erforderlichenfalls ein derart hohes Gewicht anhängen, wie es wohl keine der anderen Methoden gestattet.“

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 14.)

- **Schädelbasisfraktur mit doppelseitiger Abducenslähmung und meningitischen durch Blutung bedingten Erscheinungen.** Von Stabsarzt Dr. Zimmer. (Aus der I. Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin.) „Im folgenden möchte ich über einen Pat. berichten, bei dem im Anschluss an eine Schädelbasisfraktur meningitische Erscheinungen auftraten, die durch den Reiz ausgetretenen Blutes auf die Meningen bedingt waren und durch Entleerung des Blutes mittels Lumbalpunktion beseitigt wurden. Der Kutscher P. wurde am 8. September 1909 unter einem zusammenfallenden Stapel von 16 je zwei Zentner schweren Mehlsäcken begraben. Ueber Einzelheiten bei dem Unfalle konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Pat. wurde bewusstlos in das Krankenhaus eingeliefert. Er wurde dann sehr unruhig, stöhnte fortwährend, reagierte nicht auf Anrufen. Die Temperatur betrug $37,9^{\circ}$, der Puls war unregelmässig, 76 Schläge in der Minute. Der Pat. erbrach wiederholt sehr heftig, und es bestand sehr starke Blutung aus beiden Ohren, geringere aus der Nase. Im übrigen war am Kopfe irgendeine Verletzung oder Quetschung nicht nachweisbar, auch die Augenlider und Bindehäute frei von Blutergüssen. Auch am übrigen Körper waren ausser einem geringfügigen Hämatom an der linken Hüfte keine Krankheitserscheinungen nachweisbar, insbesondere bestanden keine Lähmungserscheinungen an den Gliedmassen. Am nächsten Tage war Pat. ruhiger und bei Bewusstsein;

er hatte keine Erinnerung an die Vorgänge bei seinem Unfälle und klagte über sehr starke Kopfschmerzen. Erbrechen trat noch einmal auf, die Blutungen aus den Ohren liessen nach wiederholter Tamponade nach. Auf beiden Augen bestand vollkommene Abducenslähmung, während alle sonstigen Augenbewegungen frei waren. Die Pupillen reagierten prompt, die Augenmedien waren frei, der Augenhintergrund, insbesondere die Sehnerveneintrittsstellen regelrecht. Die Temperatur schwankte zwischen 37,2 und 37,8°. Der Puls war nicht mehr so unregelmässig wie am ersten Tage und beschleunigt, 112 Schläge in der Minute. Der Urin, spontan gelassen, war frei von pathologischen Bestandteilen. In den nächsten Tagen besserte sich zunächst das Allgemeinbefinden; Pat. schlief viel; Erbrechen trat nicht mehr auf, die Ohrenblutung stand. Kopfschmerzen liessen nach. Am sechsten Tage nach der Aufnahme trat dann aber ein Anstieg der Temperatur auf bis 39,1°, gleichzeitig sehr starke Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopfe, und Nackenschmerzen, ferner deutliche Nackensteifigkeit. Es wurde eine Lumbalpunktion vorgenommen, die eine fast rein blutige Flüssigkeit ergab. Diese bestand aus Liquor cerebrospinalis und Blut und war im übrigen vollkommen steril. Am Nachmittag nach der Punktion fühlte sich Pat. erheblich wohler, die Kopfschmerzen und Nackensteifigkeit hatten nachgelassen, die Temperatur sank. Doch bereits zwei Tage später trat wieder ein Fieberanstieg auf 39,1° auf, die Kopf- und Nackenschmerzen wurden unerträglich, die Nackensteifigkeit war wieder deutlich ausgeprägt. Wiederum wurde eine Lumbalpunktion vorgenommen. Die Spinalflüssigkeit floss unter starkem Druck aus (über 200 mm), war stark blutig verfärbt, allerdings geringer als zwei Tage zuvor, und steril. Es wurden im ganzen etwas über 30 ccm abgelassen. Auch jetzt wieder prompter Erfolg, Nachlassen der Schmerzen, Schwinden der Nackensteifigkeit, Sinken der Temperatur, die in den nächsten drei bis vier Tagen noch einmal bis 38,6° abends stieg, dann dauernd regelrecht blieb. Zu einer Nackensteifigkeit kam es dann nicht mehr, die Kopfschmerzen liessen immer mehr nach, um schliesslich ganz zu schwinden; der Puls schwankte zwischen 76 und 92 Schlägen in der Minute. Die Abducenslähmung bestand dauernd unverändert, ferner zeigte sich, dass die linke Pupille um ein geringes grösser war als die rechte. Pat. trug, um die lästigen Doppelbilder zu vermeiden,

eine Augenklappe über dem rechten Auge. Die Sehkraft war gut, das Gesichtsfeld nirgends eingeengt. Am 26. Oktober 1909 konnte Pat. aus dem Krankenhause entlassen werden. Er hatte, abgesehen von seinen Augen, keine Klagen, nur zeitweise geringe Kopfschmerzen. Der Kräftezustand war gut, der Schädel nirgends druckempfindlich. Der Augenbefund war unverändert. Bei der Nachuntersuchung (Anfang Januar) gab Pat. an, sich im allgemeinen wohl zu fühlen, nur unter seinen Augen zu leiden und zeitweise Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Kongestionen nach dem Kopfe zu haben. Der Allgemeinzustand war gut, der Kopf gut beweglich und auf Beklopfen nirgends empfindlich. Die Untersuchung der Augen ergab Strabismus convergens (Fixieren mit dem linken Auge). Die Abducenslähmung auf dem rechten Auge war zurückgegangen, das rechte Auge konnte fast bis in den äusseren Augwinkel bewegt werden, während links die Abducenslähmung noch vollkommen bestand. Dem entsprachen auch die Doppelbilder, die gleichnamig waren und deren Abstand beim Blick nach links wuchs. Die übrigen Augenbewegungen waren frei, die Sehschärfe gut, das Gesichtsfeld nicht eingeschränkt; der Augenhintergrund war normal, besonders auch die Sehnerveneintrittsstelle. Die Pupillendifferenz bestand noch, die rechte Pupille mass bei Tageslicht $2\frac{1}{2}$ mm, die linke 3 mm; beide reagierten prompt. Die genauere Augenuntersuchung verdanke ich Herrn Augenarzt Dr. W. Mühsam, der die Pupillendifferenz mit Wahrscheinlichkeit auf eine Sympathicusparese zurückführte. Pat. trug dauernd rechts eine Augenklappe. Die Ohrenuntersuchung ergab am rechten Trommelfell hinter dem Hammergriff eine kleine, flache Einziehung, vor diesem eine weisse Kalkeinlagerung und deutlichen Lichtreflex; am linken Trommelfell vor dem Hammergriff eine flache, rundliche Einziehung, undeutlichen Lichtreflex und eine Rötung am oberen Teile des Trommelfells und dem angrenzenden Teile der oberen Gehörgangswand. Links bestand eine leichte Verringerung der Hörfähigkeit. Flüstersprache links etwa 1 m, rechts über 5 m. Uharticken links nur dicht am Ohre. — Der Pat. hat also durch Verschüttetwerden unter schweren Mehlsäcken eine schwere Basisfraktur erlitten. Ueber den Verlauf der Fraktur ist aus der Anamnese und aus dem äusseren Befunde des Kopfes ein Schluss nicht zu ziehen, doch ist nach dem sonstigen Befunde, dem beiderseitigen Ohrenbluten und der beiderseitigen Abducenslähmung an-

zunehmen, dass es sich um einen Querspalt im Schädelgrunde handelt, der beiderseits durch die Felsenbeinpyramiden, über deren Spitze der N. abducens ja seinen Lauf nimmt, verläuft; und zwar liegt der ausgedehntere Teil der Fissur wahrscheinlich links; hier ist die Abducenslähmung bestehen geblieben, während sie rechts zurückging, und hier ist auch eine leichte Gehörsstörung zurückgeblieben. Dass es sich bei der Abducenslähmung um eine nukleare Störung handelt, ist nicht anzunehmen. Da der Abducenskern am Boden des vierten Ventrikels in unmittelbarer Nähe anderer Kerne liegt, so wäre bei nuklearer Störung eine Mitbeteiligung dieser Nachbarschaft zu erwarten gewesen, was hier nicht der Fall war. Andere Fissuren an der Schädelbasis scheinen nicht vorhanden gewesen zu sein, wenigstens lässt das Fehlen von Blutergüssen an den Augen auf ein Intaktsein der Orbitaldächer schliessen. Nach alledem handelt es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine Kompression des Schädels in querer Richtung, die zu einem quer verlaufenden Berstungsbruche des Schädelgrundes (über beide Felsenbeinpyramiden) geführt hat. Die rechtseitige Abducenslähmung ist nach der Entlassung des Pat. aus dem Krankenhause zurückgegangen, während sie links vier Monate nach dem Unfälle noch unverändert besteht. Hier ist wohl eine Zerreissung des Nerven vorhanden gewesen, so dass eine Wiederherstellung nicht sehr wahrscheinlich ist, doch ist anzunehmen, dass sich der Pat. noch mehr an seinen Zustand gewöhnen wird und dass dann die Klagen über Schwindelgefühl usw. schwinden. Der bestehenden Pupillendifferenz möchte ich keine grössere Bedeutung beilegen. Nach Oppenheim kommt leichte Anisokorie, nach Bach solche von $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ mm Differenz auch bei ganz Gesunden vor, ohne besondere Bedeutung. Sie hat wohl um so weniger zu bedeuten, als irgendwelche sonstige Zeichen einer Sympathicus- oder Okulomotoriusstörung nicht zu konstatieren waren. Die Beteiligung von Hirnnerven an Basisbrüchen ist ja im allgemeinen nicht selten, immerhin aber die isolierte Lähmung des Abducens nicht allzu oft beobachtet worden. Unter 58 Fällen von Abducenslähmung, die Schröder zusammengestellt hat, von denen 48 primäre, durch die Fraktur bedingte waren, die anderen auf Neuritis beruhten, befanden sich nur 12 einseitige und acht doppel-seitige isolierte. Interessanter war mir aber bei dem Pat. das Auftreten meningitischer Erscheinungen am sechsten Tage nach der Verletzung mit Nackensteifigkeit, Fieber

und starken Kopf- und Nackenschmerzen. Es lag natürlich der Verdacht nahe, dass es sich um eine Infektion der Meningen handelte, die ja nicht so sehr selten bei Basisbrüchen eintritt. Die sofort vorgenommene Lumbalpunktion ergab ein anderes Resultat. Die bei der ersten Punktion erhaltene Flüssigkeit war so blutig, dass ich zuerst annahm, eine Vene angestochen zu haben. Dass das nicht der Fall war, ergab erstens der Erfolg der Punktion, der Abfall der Temperatur und das Schwinden der Kopfschmerzen und der Nackensteifigkeit, und zweitens die weitere Untersuchung der Flüssigkeit, die keine Gerinnung nach 24 Stunden zeigte, wie es Venenblut hätte tun müssen, und die beim Stehenlassen mehr Serum absetzte, als es Blut allein getan hätte. Auch die zweite Punktion, die nach zwei Tagen durch Wiederauftreten der meningitischen Erscheinungen bedingt war und bei der reichlich Flüssigkeit abgelassen wurde, ergab wieder Blutgehalt des Liquor cerebrospinalis, wenn auch in geringerem Grade als die erste. Das Blut stammt jedenfalls aus Piagefässen, die bei derartigen Verletzungen ja häufig beschädigt werden, und hat sich dann im weiteren Verlaufe nach der Schädelbasis und dem Rückenmark gesenkt. Die Piablutungen, deren Resorption oft längere Zeit in Anspruch nimmt, können, wie häufig beobachtet wurde, auch nach mehrtägigen Intervallen noch zu Erscheinungen führen, doch sind in diesem Falle Erscheinungen von Hirndruck oder Schädigung einzelner Gehirnpartien nicht beobachtet worden. Da die vollkommene Sterilität der gewonnenen Lumbalflüssigkeit eine Infektion ausschliessen lässt, so muss in diesem Falle angenommen werden, dass die meningitischen Erscheinungen nur durch den Reiz bedingt waren, den die Blutansammlung auf die Hirnhäute ausübte. Dafür spricht auch der prompte Erfolg, den die beiden Punktionen hatten, indem sie die meningitischen Erscheinungen zum Schwinden brachten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 16.)

- **Zur Behandlung der habituellen Schulterluxation.** Von Dr. E. Marcuse (Privatklinik von Prof. Karewski in Berlin). Von einer Behandlungsmethode der habituellen L. des Schultergelenkes werden wir beanspruchen müssen, dass sie den Eintritt der L. mit Sicherheit verhindert, und der Atrophie der Muskulatur vorbeugt. Die L. werden wir verhindern, wenn wir die Bewegungen, die erfahrungsgemäss die L. herbeiführen, auf einen möglichst kleinen

Exkursionsgrad beschränken. Prof. Karewski sucht dies zu erreichen durch elastische Gummizüge, die von einem Halsringe zum Oberarm verlaufen, und die bereits in der Ruhe in leicht gedehntem Zustande sich befinden. Bei jeder im Gelenk ausgeführten Bewegung spannen sich die Züge noch stärker an und verhindern, dass diese ein gewisses Mass überschreitet. Auf diese Weise wird die Muskeltätigkeit nicht völlig aufgehoben, eine Atrophie der Muskulatur wird sich also nicht einstellen; ausserdem beansprucht der Apparat so wenig Raum, dass man, ohne ihn abnehmen zu müssen, Massage und Faradisation der Muskeln vornehmen kann. Der Apparat besteht also aus einem mit weichem Leder gefütterten Metallring, welcher um den Hals getragen wird, und sich auf die Clavicula und Scapula stützt. Von diesem Metallring gehen vorn und hinten zwei Züge aus starkem elastischen Gummi ab, welche am Oberarm durch Leukoplaststreifen befestigt sind. An der anderen Seite des Halses ist ein Gegenzug angebracht, welcher die gesunde Achselhöhle und den Schenkel umgreift und verhindern soll, dass bei Bewegungen sich der Arm verschiebt. Mit diesem Apparat hat Prof. Karewski einen Fall von wiederholter Schulterluxation behandelt. Es handelte sich um einen 17jährigen, muskulösen Pat., der im Mai vorigen Jahres sich durch Fall auf die rechte Hand eine Luxatio subcoracoidea zugezogen hatte. Die Röntgenaufnahme zeigte ferner einen Abriss am Tuberculum majus. Die Heilung erfolgte unter der üblichen Behandlung, doch trat im September im Anschluss an eine mit nur mässigem Kraftaufwand erfolgte Bewegung — Ballabschlagen beim Tennisspielen — eine Reluxation ein. Diesmal wurde nach Reposition für 14 Tage ein Gipsverband angelegt, und darnach der oben beschriebene Apparat 8 Wochen lang getragen. Eine neue L. ist in den 4 Monaten, die seitdem verstrichen sind, nicht eingetreten. Autor kann natürlich nicht behaupten, dass es in jedem Falle von habitueller L. gelingen wird, durch diesen Apparat Heilung zu erzielen, doch würde er empfehlen, einen Versuch mit ihm zu machen, ehe man sich zur Operation entschliesst. Auch sollte in allen Fällen, in denen wie bei dem unsern schon wiederholt eine L. aufgetreten ist, der Apparat angewandt werden, um ein Habituellwerden der L. zu verhüten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1910 Nr. 15.)

Intoxikationen. Adrenalin ein Antidot gegen Strychnin?

Von Dr. H. Januschke (Pharmakologisches Institut der Universität Wien). Die Nachprüfung der Versuche von Falta und Ivacovic (s. Excerpta S. 207) ergab folgendes:

1. Adrenalin ist nicht imstande, beim Frosch den durch Strychnin geschaffenen Vergiftungszustand des Zentralnervensystems aufzuheben.

2. Solche Adrenalin-Strychninmischungen, welche bei subkutaner Applikation am Meerschweinchen ungiftig bleiben, bewirken bei intravenöser Injektion typische Strychninvergiftung. Somit erscheint die Auffassung von A. Exner und von Meltzer und Auer über die Verzögerung der Giftresorption aus Lymphräumen durch Adrenalin auch von diesem Gesichtspunkte aus gestützt.

3. Das durch Strychnin in Diastole stillgestellte Froschherz kann durch Adrenalin wieder zum Schlagen erweckt werden. Dies ist jedoch kein spezifischer Antagonismus, sondern lediglich eine Reizwirkung; denn den gleichen Erfolg haben auch andere chemische Reize, wie Kampfer, Barium, Strophantin und Atropin und mechanische und elektrische.

(Wiener klin. Wochenschrift 1910 Nr. 8.)

— **Ueber Thiosinaminvergiftung.** Von Dr. Fr. Hayn (Univ.-Klinik für Hautkrankheiten zu Würzburg). Ein abgesehen von rein lokalen Erkrankungen gesunder und ausnehmend kräftiger Mann erhält in 2—3tägigen Pausen die gewöhnlich gegebene Dosis 0,2 Thiosinamin, resp. 1 Ampulle Fibrolysin. Nachdem nach den ersten 4 Injektionen nur leichte Kopfschmerzen aufgetreten sind, reagiert Pat. auf jede neue Thiosinaminzuführung, auch der halben Dosis Fibrolysin, mit Intoxikationserscheinungen, die stets das gleiche Bild zeigen; rasches Auftreten von Fieber unter Schüttelfrost, das nach zwei Tagen wieder beseitigt ist, starke Kopfschmerzen, Durstgefühl, hochgradige Schwäche. Die erste schwere Intoxikationsreaktion wird noch kompliziert durch heftiges Erbrechen. — Es scheint bei Thiosinamin eine wohlcharakterisierte Idiosynkrasie vorzukommen derart, dass nach den ersten Injektionen steigende Beschwerden allgemeiner Natur (Kopfschmerzen, Ziehen in den Gliedern usw.) auf spätere schwere Reaktion hinweisen können, die sich in plötzlich sich einstellenden, bald (nach höchstens zwei Tagen) verschwindendem Fieber, hochgradigen Störungen des Allgemeinbefindens (Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit mit schwerem Verfall der körperlichen Kräfte) äussert. Erbrechen scheint nicht

konstant zu sein. Wenn nur auch die Erscheinungen in obigem Falle sämtlich in kurzer Zeit abliefen, so scheint doch in der Stärke der Vergiftungserscheinungen und der bedeutenden Gewichtsabnahme ein Moment zu liegen, das zur Vorsicht in der Anwendung des Präparates mahnt, das ja bisher fast allgemein für absolut ungiftig gehalten wird und im allgemeinen es auch wohl ist. Autor würde deshalb raten, das Thiosinamin bzw. das Fibrolysin, die sich ja hierin gleich verhalten, im Beginne der Behandlung nicht in den üblichen zweitägigen, sondern nur in grösseren Zwischenräumen anzuwenden, um einmal die „funktionelle Kumulation“ nach Möglichkeit zu vermeiden und damit vielleicht in Fällen wie dem obigen überhaupt das Auftreten der Idiosynkrasie. Jedenfalls mahnen die geringsten Störungen, selbst nur geringes Unbehagen zu äusserster Vorsicht in der Anwendung. Bei Wiederholung trotz grösserer Pausen, event. gar bei Auftreten von Fieber, für das sonst kein Grund gefunden wird, müsste die Anwendung des Präparates, zum mindesten in den bisher üblichen Dosen, unbedingt ausgesetzt werden, da wir sonst mit dem Auftreten bedrohlicher Erscheinungen rechnen müssten. Diese lassen sich aber sicher vermeiden, wenn von Anfang an an die Möglichkeit gedacht wird, dass unbestimmte und nicht recht zu deutende Störungen des Befindens durch das Thiosinamin verursacht sein können. Darauf hinzuweisen ist der Zweck, den Autor mit der Mitteilung seiner zwei Fälle verfolgt.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 7.)

- **Zur Vorbeugung und Behandlung von Nikotinvergiftungen** empfiehlt San.-R. Lorenz (Berlin) *Nicomors-Tabletten*, hergestellt von Apotheker Dr. A. Herbrand in Berlin. Dieser will die Umbildung des Nikotins in einen weniger giftigen und weniger flüchtigen Stoff durch Zuführung eines Atomes Sauerstoff in statu nascendi während des Rauchens bewirken und verwendet dazu jene — aus Magnesium-Superoxyd und einer geringen Menge Gerbsäure zusammengesetzten — Tabletten, die man beim Rauchen langsam im Munde zergehen lässt. Lorenz hat an sich selbst Versuche damit gemacht und berichtet auch von einer Anzahl Pat., die, während sie vorher durch verschiedene Beschwerden und Intoxikationserscheinungen gequält wurden, jetzt bei Gebrauch der Nicomors-Tabletten von diesen befreit sind.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1909 Nr. 50.)

26*

— **Zwei Fälle von Petroleumvergiftung bei Kindern.** Von Dr. Georg Neumann, prakt. Arzt und Kinderarzt in Landsberg a. Warthe. 1. Fall. Otto G., soll, abgesehen von einer vorübergehenden Mundentzündung, stets gesund gewesen sein. Mit 9 Monaten lernte er laufen. Wenn der Vater abends von der Arbeit kam, pflegte er eine Flasche Bier zu trinken, die ihm sein Söhnchen aus der Stubenecke heranzuholte; zum Lohn dafür durfte dieser aus der Flasche mittrinken. Als der Knabe nun einmal auf dem Hofe eine offene Flasche fand, die andere Leute beim Umzug vergessen hatten, trank er sie, es war ca. 5 Uhr nachmittags, kurzerhand aus, um dann aber schleunigst zur Mutter zu laufen. Da er stark nach Petroleum roch, keine Luft bekam und fortwährend hustete, wurde er zu mir gebracht. Inzwischen waren zwei Stunden verflossen. Bei der sofort vorgenommenen Magenausspülung wurde ausser einem Semmelbrei Petroleum entleert, dessen Menge versehentlich nicht festgestellt wurde. Darauf nahm ich folgenden Status auf: 25. IX. 1909. Otto G. ist ein grosses, kräftiges Kind; er sieht sehr blass aus. — Die Atmung ist oberflächlich, nicht gleichmässig. zuweilen stöhnend, 72—80 in der Minute; Puls regulär, 144 in der Minute; Temperatur 36,9°. — Die Fontanellen sind geschlossen; Pupillenreflexe: o. B. — Der Rachen ist wenig gerötet und mit einem ganz feinen grauen Schleimbelag versehen. — Die Herzaktion ist beschleunigt; auf den Lungen sind keine bronchitischen Geräusche hörbar. — Der Leib ist überall weich und eindrückbar. Die Magengegend scheint etwas druckempfindlich zu sein. — Bewegungsorgane o. B. Urin: Es wird eine geringe Menge Harn entleert; Eiweiss- und Blutproben sind negativ. Die Trommersche Reduktionsprobe ist stark positiv. An der erhitzten Partie erscheint ein gelbroter Niederschlag; gleich darauf wird aber an dieser Stelle die Flüssigkeit schwarz, und ein schwarzer Belag haftet an der Innenfläche des Reagenzglases. — Zwar konnte ich, da kein Urin mehr vorhanden war, eine weitere Probe zum Nachweis von Zucker nicht vornehmen, jedoch glaube ich nicht, dass es sich um eine Zuckerausscheidung, vielmehr um andere reduzierende Stoffe gehandelt hat, die aus dem resorbierten Petroleum durch die Nieren wieder ausgeschieden wurden. Therapie: Ausser der zu Anfang bereits erwähnten Magenspülung wurde therapeutisch nur die Verabfolgung von Milch mit einem Abführmittel (Kurellas Brustpulver) empfohlen. In der folgenden Nacht hat das

Kind nach Angabe der Eltern gut geschlafen. Der Atem soll aber noch sehr kurz gewesen sein, auch soll es noch zuweilen gehüstelt haben. — Am Morgen hat es reichlich Stuhl entleert. Nach dem Erwachen hat es bereits wieder gespielt und Milch und Semmeln gegessen. Den 26. IX. 1909: Das Kind ist sehr munter und vergnügt; die Atmung ist noch etwas stöhnend, aber nicht mehr beschleunigt, 20 bis 24 in der Minute. Puls: 112 Schläge in der Minute. Temperatur 36,6°. Der Rachen ist etwas gerötet. Die inneren Organe sind ohne Besonderheit; auf den Lungen sind keine Geräusche wahrnehmbar. Urin: 0 Alb.; 0 Sacch.

2. Fall: Walter R., 2 Jahre alt, Flaschenkind, läuft seit einem Jahr und ist noch nie krank gewesen. Die Mutter ist an Typhus gestorben. Eines Nachmittags — gegen 6 Uhr — hat der Knabe aus einer Flasche, die er fand, in der Annahme, dass sie Kaffee enthielte, Petroleum getrunken. Es stellte sich Erbrechen und andauerndes Hüsteln — wie beim „Verschlucken“ — ein; der Atem war beschleunigt und keuchend. Weil das Erbrochene nach Petroleum roch, wurden die Pflegeeltern besorgt und brachten zirka eine halbe Stunde später das Kind zu mir. Durch die sofort vorgenommene Magenspülung entleerte ich nach Petroleum riechende Milch und nahm den folgenden Befund auf. 6. XI. 09. Walter R. ist dem Alter entsprechend entwickelt; er sieht sehr blass aus und liegt mit geschlossenen Augen da. Der Atem ist keuchend, 52 in der Minute. Es besteht deutliche Nasenflügelatmung; Temp. 36,3°; Puls 152. Pupillen reagieren prompt. Der Rachen ist etwas gerötet; geringe adenoide Wucherungen sind vorhanden. Herz: Aktion beschleunigt; Töne rein. Lungen: Ueberall heller tympanitischer Schall; keinerlei bronchitische Geräusche. Abdomen: o. B. Urin war nicht zu erlangen. Bereits in der folgenden Nacht fuhren die Pflegeeltern (Schiffer) mit dem Kinde weiter, das, wie sie mir später mitteilten, am nächsten Tage wieder wohl und munter war. —

Zusammenfassung: Es handelt sich um eine Vergiftung mit Petroleum bei zwei noch sehr jungen Kindern. — Als Symptom tritt die starke Beschleunigung der Atmung in den Vordergrund, deren Ursache vielleicht in einer direkten Reizung des Atemzentrums durch das resorbierte Petroleum resp. eines seiner Bestandteile zu liegen scheint. Allerdings müsste die Resorption in diesem Falle, da die Atemnot ja nach kurzer Zeit eingetreten ist, sehr schnell

erfolgt sein. — Der starke Hustenreiz beruhte wohl in der direkten Reizung des Rachens durch das Petroleum. — Bei beiden Kindern erfolgte schnelle Heilung.

(Therap. Monatshefte April 1910.)

Obstipatio. Ueber Heilungen der chronischen O. und der akuten Darmlähmung durch das Peristaltikhormon.

Von G. Zuelzer (Berlin). Ein Hormon stellt einen von bestimmten Zellgruppen produzierten chemischen Körper dar, welcher auf dem Wege der Blutbahn zu den Zellkomplexen, welche er zu spezifischer Tätigkeit anregen soll, hingeleitet wird. In den Zellen der Magenschleimhaut wird ein die Darmperistaltik in spezifischer Weise anregendes Hormon produziert. Die Hormone sind aber ubiquitär, d. h. dass sie überall im tierischen Organismus, wohin das Blut gelangt, vorhanden sind. Bei der Prüfung der einzelnen Organe auf ihren Gehalt an Peristaltikhormon zeigte es sich nun, dass in der Milz ein enormer Gehalt an Peristaltikhormon vorhanden ist. Die Milz wurde daher zur Darstellung des Körpers zu therapeutischen Zwecken benutzt (Chem. Fabrik auf Aktien, vorm. E. Schering, Berlin), und zwar wurde das Mittel intramuskulär injiziert. Nach der Injektion, die meist nur geringe Schmerzen machte, trat häufig kurz dauerndes Fieber auf. Es wurden nur schwere Fälle von O. behandelt, bei denen seit Jahren, selbst Jahrzehnten kein Stuhl mehr spontan erfolgt war. Von 26 Fällen wurde 15mal ein positives Resultat erzielt, d. h. nach der Injektion war die Stuhlentleerung normal und blieb es. Die Wirkung trat am zweiten oder dritten, manchmal erst am fünften bis siebenten Tage ein, die Heilungsdauer beträgt jetzt bereits einige Monate bis $\frac{1}{2}$ Jahr. Bei zwei Fällen von akuter Darmlähmung wurde Peristaltikhormon intravenös injiziert (ca. 15 ccm), mit sehr promptem Erfolge. In dem einen Falle handelte es sich um einen fast moribunden Pat. mit totaler postoperativer Darmlähmung; fast unmittelbar nach der Injektion war die Darmlähmung behoben und blieb es. Die Nebenerscheinungen waren sehr gering. In beiden Fällen wurden die Injektionen von allen Individuen anstandslos vertragen, ein Beweis, dass auch die intravenöse Injektion des Mittels einen harmlosen Eingriff darstellt.

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 11.)

— **Ueber das Peristaltikhormon Zuelzer.** Von St.-A. Dr. Saar II. Medizin. Univers.-Klinik der Charité in Berlin). Autor führt drei Fälle vor, wo Peristaltikhormon, in die Glutäen

intramuskulär injiziert (15—20 ccm) dauernde Wirkung auf die O. hatte. Es empfiehlt sich, früh morgens zu injizieren, um die meist eintretende fieberhafte Reaktion während des Tages abklingen zu lassen. (Ibidem.)

Phimose. Eine eigene **Phimosenoperation** führt Dr. E.

Schlechtendahl (Barmen) seit einigen Jahren mit Erfolg aus, um ein gutes kosmetisches Resultat zu erzielen. Ausgehend von der Beobachtung, dass der Einschnürungsring bei der Ph. nur vom inneren Blatt gebildet wird und dass mit der Spaltung des letzteren das Leiden behoben ist, sticht er mit einer spitzen, über die Fläche gebogenen Schere an der Uebergangsfalte zum inneren Blatt oben in der Mitte des Praeputiums ein und trennt durch je einen bogenförmigen Schnitt nach rechts und links in der halben Zirkumferenz des Penis das äussere Blatt vom inneren. Ersteres lässt sich jetzt leicht zurückschieben, das innere Blatt liegt auf der Glans frei auf und wird in der Mittellinie fast bis zur Corona glandis gespalten. Die durch den Dorsalschnitt entstehenden Ecken des inneren Blattes werden abgerundet und die egalisierte Schnittfläche des inneren Blattes mit der etwas zu spannenden des äusseren Blattes durch Naht vereinigt. Bei Kindern wird die Operation in Narkose ausgeführt, bei Erwachsenen nach der Braunschens Methode der Lokalanästhesie: das Praeputium wird vorn vor der Eichel mit einem Faden zugebunden und dann 1—2 ccm einer Lösung von

Rp. Novokain. 0,1
 Physiol. Kochsalzlösung 10,0
 Sol. Suprarenin. (1:1000) gtt. V.

unter die Haut injiziert, genau dem Verlauf des Sulcus coronarius entsprechend, so dass die Injektionslinie auf der Dorsalseite quer über den Penis verläuft, auf der Unterseite unter dem Frenulum einen Winkel mit der Spitze nach vorn bildet. Wenn nach einigen Minuten Unempfindlichkeit eingetreten ist, wird der Faden entfernt. und die Operation lässt sich schmerzlos ausführen.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1909.)

- Bei der **Therapie der entzündlichen Phimose** soll man nach G. J. Müller (Berlin) nicht immer gleich zum Messer greifen. Sofort indiziert ist ein operatives Eingreifen nur bei fortgeschrittener Gangrän mit Fieber, bei Blutung aus einem arrodierten Gefäss, bei sicher festgestellten Konkrementen

und bei Verdacht auf Tuberkulose oder Karzinom. In übrigen beschränke man sich zunächst darauf, der Sekretion, der Sekretstauung und Sekretzersetzung entgegenzuwirken, was man durch energische Ausspülungen erreicht. Diese macht man mit grossen Tripperspritzen (mit dünner Spitze) oder Mastdarmspritzen. Die Pat. sollen die Spülungen mit schwach konzentrierten Lösungen mindestens stündlich und recht reichlich vornehmen, wobei der sofortige Abfluss durch Zudrücken verhindert wird. Daneben soll 1—3mal täglich Einspritzung stärkerer Mittel und deren Zurückhaltung im Vorhautreum für $\frac{1}{2}$ —1 Stunde erfolgen (präputiale Dauerklysmen). Bei *Balanitis simplex* oder *Gonorrhoe* genügen Spülungen mit Liquor Alumin. acet. (1 Esslöffel auf $\frac{1}{4}$ L.) oder Solut. Hydrogen. perox. (2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser); in hartnäckigen Fällen daneben zweimal täglich Dauerklysmen mit $\frac{1}{4}$ bis 1%iger Lösung mit Argentumfluorid. Bei *Ulcus molle* spritze man 2—3mal täglich 20%ige Jodoformglyzerinemulsion ein und klemme das Praeputium zu, bei *Lues* nehme man Sublimat (1:3000) und zu den Dauerklysmen Kalomelglyzerin (30%); bei leichten Fällen von *Gangrän* benutze man Jodoformglyzerin und Wasserstoffsuperoxyd. — Muss man operieren, so bedient sich M. nur des Messers, wenn keine Ulzerationen zu erwarten sind. Im Allgemeinen führt er die dorsale Spaltung mit einem galvanokaustischen Incisor, einem kräftigen, messerförmigen Platinbrenner (Reiniger, Gebbert & Schall) aus nach elastischer Abschnürung und unter Braunscher Anästhesie mittels Eucain-Homorenorinjektion. Nach Freilegung der Glans werden Ulcera jeder Art sofort gründlich, d. h. bis zur Verkohlung, mit heisser Luft kauterisiert und die Schnittfläche leicht bis zur Pergamentfarbe verschorft, Kondylome mit dem scharfen Löffel unter Irrigation mit einer antiseptischen Lösung abgekratzt und bei grösseren Tumoren die Basis mit heisser Luft verschorft. Bei *Gangrän* trägt M. die nekrotischen Massen mit der Schere ab und appliziert reichlich Jodoform, und Tuberkulose wird gleichfalls vorteilhaft mit heisser Luft und Jodoform behandelt.

(Deutsche medicin. Presse 1909 Nr. 23.)

Rhinitis. Ein Beitrag zur Jothion-Therapie. Von Dr. H. Leyden. Autor empfiehlt 5%ige Lösung (mit Glyzerin) zu Pinselungen bei Nasenschleimhautkatarrhen. Die subjektiven Beschwerden sistieren fast momentan, der Krankheitsverlauf wird kupiert.

(Therap. Monatshefte 1910 Nr. 2.)

- Zur Behandlung der **Rhinitis acuta** empfiehlt Dr. H. Schmidt (Strassburg) die *essigsäure Tonerde* in $\frac{1}{2}\%$ iger Lösung zu Nasenspülungen. Man setzt einfach das Glas mit dieser Lösung ebenso an die Nase, wie man es zum Trinken an den Mund setzt, zieht bei zurückgelehntem Kopfe über einer Schüssel mehrmals die Flüssigkeit in die Nase hinein, bis sie womöglich teilweise im Nasenrachenraum erscheint, und lässt jedesmal das überflüssige Quantum in die Schüssel zurückfallen. Die weitere Reinigung der Nase geschieht dann durch Ausschnauben ihres Inhaltes. Sofortige Erleichterung der Atmung, Beseitigung des unangenehmen Gefühls, wesentliche Verminderung der Schwellung, Freiwerden der Passage. Die Wiederholung der Prozedur geschieht noch vier- bis fünfmal am Tage. Auf diese Weise kann man selbst den schlimmsten Schnupfen kupieren oder in zwei bis drei Tagen zur Abheilung bringen. Bei kleineren Kindern benutzt man einen Wattetriller, befeuchtet mit der Lösung und fährt damit ein- oder zweimal in jedes Nasenloch.

(Therapeutische Rundschau 1910 Nr. 3.)

Tumoren. Sarkom des Gesässes als unmittelbare Folge

eines einmaligen Traumas. Von Dr. Amberger (Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt a. M.). „Ein 19jähriger junger Mann erlitt am 3. II. 1909 auf dem Eise einen Sturz auf das Gesäss. Da er heftige Schmerzen dortselbst verspürte und ausserdem eine geringfügige Hautverletzung an der Stirn hatte, suchte er sofort ein hiesiges Hospital auf, aus dem er nach etwa dreiwöchiger Behandlung wegen verbotenen Aufstehens entlassen wurde. Da die Schmerzen in der linken Beckenhälfte noch fortbestanden, liess sich Pat. am nächsten Tag auf die chir. Abteilung des Hl. Geist-Hospitals aufnehmen. Irgendwelcher Befund konnte bei dem im übrigen gesunden und ziemlich kräftigen jungen Manne nicht erhoben werden, auch das Röntgenbild ergab völlig normale Verhältnisse. Pat. wurde mit Bettruhe und Bädern behandelt, und als sich im Verlaufe der nächsten drei Wochen die Schmerzen an der Austrittsstelle und im Verlaufe des Nervus ischiadicus lokalisierten, wurden mehrmals Injektionen von Kochsalzlösungen in den Nerven ausgeführt, ohne jedoch mehr als vorübergehenden Erfolg zu haben. Am 15. März, also etwa 6 Wochen nach dem Unfalle, zeigte sich zum ersten Male eine geringe Schwellung an der linken Gesässhälfte, und da gleichzeitig an diesem Tage eine geringgradige

Temperatursteigerung erstmalig auftrat, wurde wegen Verdachtes auf einen tiefliegenden Abszess — ein Aneurysma der Arteria glutaica superior, an das gleichfalls gedacht wurde, liess sich mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen — inzidiert, jedoch Eiter nicht gefunden; die Wundhöhle, die bis auf den Knochen führte, wurde tamponiert. Da ich bereits damals die Möglichkeit eines Sarkoms mit in Erwägung gezogen hatte, nahm ich etwas von dem Gewebe zur mikroskopischen Untersuchung fort. Diese, vom Dr. Senckenberg'schen pathologischen Institut ausgeführt, ergab jedoch keinerlei Anhaltspunkte für einen malignen Tumor. Unmittelbar nach der Inzision hörten die Schmerzen völlig auf, und da auch bei Entfernung des Tampons sich hinter demselben etwas Eiter entleerte und die Temperatur zur Norm zurückkehrte, lag die Annahme nahe, dass ein bei der Operation nicht getroffener Abszess nach der Inzisionswunde durchgebrochen sei, weshalb eine Drainage eingeführt wurde, aus der sich in der Folge auch etwas Eiter entleerte. Diese Besserung des Befindens war jedoch nur eine scheinbare und nicht von langer Dauer, nach etwa 14 Tagen fiel auf, dass Pat., der sich bis dahin wohl gefühlt hatte, den Appetit verlor und sichtlich herunterkam, und als ich Mitte April, von einem kurzen Urlaub zurückkehrend, den Pat. wieder sah, war der Verfall bereits ein sehr auffallender. Der junge Mann war in der kurzen Zeit sehr abgemagert, die ganze linke Gesässhälfte dagegen war enorm angeschwollen, gerötet, von schwammiger, Pseudofluktuations darbietender Konsistenz, die Haut von zahlreichen stark dilatierten Venen durchzogen, die Anschwellung zog sich nach vorn, die ganze Inguinalgegend einnehmend, und erstreckte sich auch noch weit auf die linke untere Bauchgegend. Man konnte nunmehr, schon auf den blossen Anblick hin, die Diagnose eines Sarkoms stellen, das bei seiner grossen Ausdehnung, namentlich auch nach vorne zu absolut inoperabel war. Da jedoch trotz negativen Ausfalles mehrerer Probepunktionen auch die Möglichkeit eines Abszesses nicht ganz von der Hand zu weisen war, inzidierte ich am 24. III. nochmals. Bei der Inzision zeigte sich die gesamte Glutäalmuskulatur in eine enorm morsche, bröcklige Masse umgewandelt, die äussere Fläche des Darmbeines war ganz von Periost entblösst, Eiter fand sich nicht. Eine stärkere arterielle Blutung veranlasste mich, nach fester Tamponade die Operation abubrechen. Die Blutung stand völlig, jedoch kam der sehr elende Pat.

nach zirka acht Stunden zum Exitus. Eine Sektion war leider von den Angehörigen nicht zu erlangen, doch ergab die mikroskopische Untersuchung einiger bei der Operation gewonnener Gewebsfetzen mit Sicherheit die Diagnose Sarkom. —

Unter den mir bekannt gewordenen Fällen von post-traumatischem Sarkom sind nur sehr wenige, bei denen der ursächliche Zusammenhang ein so frappanter, das Wachstum des Tumors ein so rapides ist, noch nicht ein Vierteljahr liegt zwischen Trauma und Exitus. Leider war es nicht möglich, schon frühzeitig mit Sicherheit die Diagnose zu stellen und so eventuell den Versuch zu machen, durch Beckenresektion den Pat. am Leben zu erhalten. Vermutet wurde das Sarkom schon beim ersten Auftreten der Schwellung, sechs Wochen nach dem Unfälle. Die Diagnose schwankte damals zwischen Sarkom, Aneurysma der Glutaea superior und Abszess, beziehungsweise Osteomyelitis. Ein Aneurysma liess sich ausschliessen, Röntgenbild und mikroskopische Untersuchung ergaben keinerlei Anhaltspunkte für ein Sarkom, so dass zu jener Zeit ein so enormer operativer Eingriff wie eine Exarticulatio interileoabdominalis wohl nicht zu rechtfertigen gewesen wäre. Dann folgte die Periode scheinbarer Besserung, und als dann nach fünf Wochen trotz fehlender mikroskopischer Bestätigung die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit zu stellen war, war es bereits zu spät; das enorm rasche Wuchern inoperierter Sarkome ist ja eine oft zu beobachtende Erscheinung. Ich glaube auch nicht, dass unser Fall therapeutische Belehrung bieten kann; man wird sich bei einem jungen Menschen zu einer so schwer verstümmelnden Operation, wie sie hier allein in Frage gekommen wäre, wohl nie ohne ganz sichere Diagnose verstehen, aber als Beitrag zu der Frage der posttraumatischen Entstehung maligner Geschwülste erschien er mir mitteilenswert.“

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1910 Nr. 3.)

- Das Thema **Trauma und Geschwulst** ist so wichtig, dass folgende Abhandlung von Geh. Med.-R. Dr. L. Becker vollständig wiedergegeben werden soll. „Da für die Frage der Beurteilung des ursächlichen Zusammenhanges von Geschwulstbildung und Trauma weniger eine oft mangelhafte und kritiklose Statistik von Wert ist als vielmehr einzelne gut beobachtete Fälle, so erlaube ich mir in folgendem einen solchen Fall aus der Schiedsgerichtspraxis

zu veröffentlichen, in welchem ein Arzt bei seinem Kutscher nach einer Kopfverletzung die Entwicklung eines Gehirntumors von Anfang an täglich bis zur Operation und zum tödlichen Ausgang in vorzüglichster Weise beobachtet hat. Der Fall liegt beinahe wie ein Experiment. Die Schilderung des Krankheitsverlaufes ist so eingehend und die Schlussfolgerungen des Gutachtens sind von dem behandelnden Arzt Herrn Dr. Trost so scharf und sachgemäss gezogen, dass ich mit seiner Erlaubnis am besten das Gutachten selbst folgen lasse, aus welchem alle wesentlichen Punkte zu ersehen sind. Der 35jährige Ackerbürger F. O. hat am Vormittag eines der letzten Apriltage 1906 dadurch einen Unfall erlitten, dass bei der Beschäftigung auf seinem Acker durch den heftigen Wind eine Wagenleiter mit lautem Geräusch umgeworfen wurde und die Pferde dadurch erschreckt, durchgingen. Bei dem Versuch, dieselben aufzuhalten, erhielt O. einen heftigen Stoss gegen den Kopf. Er erzählte mir den Vorfall am Nachmittag desselben Tages auf seiner Fahrt nach L. (O. war ein langjähriger Fuhrmann). In den nächsten Tagen bat er mich, der ich gewöhnlich links hinter ihm sass, auf seine rechte Seite zu rücken, da er seit dem Stoss gegen seinen Kopf auf dem linken Ohr schlecht höre. Er hat dann dauernd über (meist linksseitige) Kopfschmerzen geklagt; da er aber seiner Arbeit nachging, legte ich der Sache keinen grösseren Wert bei. Jedoch kam O. immer wieder auf die Sache zu sprechen: Die 'heimlichen' Kopfschmerzen hörten nicht auf und störten ihm des Nachts den Schlaf: ihm sei schwindlig, er müsse öfters erbrechen; auch verstände er oft die Leute nicht, wenn sie nicht laut sprächen usw. — Am 27. August kam der sonst sehr ruhige Mann dann in heftiger Erregung zu mir und bat um endliche Abhilfe seiner Beschwerden; er könne das ewige Wirtschaften in seinem Kopf nicht mehr aushalten; keine Nacht schlafe er mehr; manchmal sei ihm so schwindlig, als wäre er besoffen. Die Untersuchung ergab ausser der hochgradigen Erregung nichts Wesentliches. Indessen war ich doch aufmerksam geworden, und nun fiel mir in der nächsten Zeit auch manchmal bei O. auf: Er sah fast immer mürrisch aus, war in seinen Handlungen nicht mehr so peinlich korrekt wie früher, vergass Aufträge, verlor Sachen, zögerte öfters mit der Antwort und fasste sich wohl grübelnd an die Stirn. Auf Nachfrage bestätigte mir seine Frau das veränderte Wesen ihres Mannes: Er schlafe schlecht, verlege Gegenstände und könne sie dann

nicht wiederfinden, sei gleichgültig in der Wirtschaft und gehe mit dem Gedanken um, dieselbe zu verkaufen; sie verstehe sein Wesen manchmal nicht mehr und halte ihn für ernstlich krank. Sehr bald traten dann deutlichere Symptome auf: O. sah schlecht aus, magerte ab, war zuzeiten stark schwindlig, war anfallweise von heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen geplagt, so dass er tagelang das Bett hüten musste, brachte die Worte manchmal nur schwer über die Zunge und versprach sich wiederholt; vorübergehend bestand eine deutliche Muskellähmung auf dem linken Auge, so dass er auf demselben schielte; im rechten Arm und Bein klagte er über ein „unbequem spannendes“ Gefühl. Sein Wesen war in auffälligem Gegensatz zu seinem früheren ruhigen Betragen verändert. Bald aufgeregt heiter, oft geradezu frivol, so dass man ihn für angetrunken halten konnte, bald tief niedergeschlagen. Das Gedächtnis wies Lücken auf: Er gab sein Alter auf 17 Jahre, ein andermal auf 37 an, meinte, wir wären im Monat Dezember. Das einfache Kopfrechnen ging glatt nur in den auswendig gelernten Bahnen (1 mal 1); darüber hinaus versagte er bei den leichtesten Aufgaben: 9 und 7 oder 3 mal 16 konnte er nicht mehr ausrechnen; er versuchte es zuletzt auch gar nicht mehr unter der Entschuldigung: „Das kann ich nicht mehr“. Dazu trat eine eigentümliche Verwirrung in Sprache und Schrift: Er sagte z. B. statt „Freidorf“: „Briesen“, merkte dabei sehr wohl den Fehler, konnte aber trotz allen Nachdenkens das richtige Wort nicht finden. Aehnlich war es mit der Schrift: Mit einer kurzen Quittung war er nicht mehr fertig geworden; er hatte in der dritten Zeile aufgehört und seine Frau gebeten, weiter zu schreiben, da er die Gedanken nicht mehr zusammenbringe. In den wenigen geschriebenen Worten hatte er mehrfach die Buchstaben verwechselt, hatte z. B. statt „Herrn“: „Kern“ geschrieben usw. Nach alledem konnte es nicht mehr zweifelhaft sein, dass bei O. eine ungewöhnlich rasch wachsende Schädlichkeit im Gehirn bestand, die ihren Sitz augenscheinlich in der linken Gehirnhälfte hatte. Mit dieser Diagnose brachte ich ihn am 8. September 1906 in die Königl. chirurgische Universitätsklinik, Berlin N. 24, Ziegelstr. 5—9. Auf der Reise stellten sich neue Unsicherheiten heraus; z. B. wagte er, obgleich ihm die Gegend von früher her genau bekannt war, nicht, die wenigen Schritte von der Klinik bis zur Weidendammer Brücke allein zu gehen, da er fürchtete, den richtigen Weg nicht zu finden, und bat mich

ängstlich, mit ihm zu kommen. Seit dem 5. Oktober 1906 verblieb er dauernd im Krankenhause. Da die Krankheitszeichen in ganz ausserordentlich rascher Weise bedrohlich zunahmen, wurde am 26. Oktober 1906 der Schädel geöffnet, und eine hühnereigrosse, höckerige Geschwulst aus dem linken Gehirn entfernt. Dieselbe erwies sich als krebsartig (Gliosarkom). Am 4. November 1906 trat der Tod ein. Wie die Gehirnsektion ergab, hatten bereits mehrere andere, kleinere, gleiche Herde sich im Gehirn gebildet. O. war mir seit vielen Jahren genau bekannt. Er war ein muskelkräftiger, anscheinend völlig gesunder und bis zum Unfallstage völlig arbeitsfähiger Mensch. Er stammte aus gesunder Familie. Er lebte äusserst solide: genoss insbesondere so gut wie keinen Alkohol. Für Syphilis hat sich bei ihm auch nicht der geringste Verdacht erweisen lassen. Dieser Mann ist in direktem Anschluss an einen Unfall erkrankt, der sehr wohl geeignet war, ein Leiden, wie das hier vorliegende, zu veranlassen. Sein Leiden war eine Geschwulst, von der es wissenschaftlich feststeht, dass sie häufig auf traumatischer Ursache entstehen, und zwar sehr bald danach entstehen kann. Billroth, Allgem. chirurg. Pathologie u. Therap., X. Auflage, S. 845, sagt: „Die Sarkome entstehen ganz besonders häufig nach vorausgegangenen lokalen Reizungen, zumal nach einmaligen Verletzungen und zwar ziemlich bald, oft unmittelbar nach dem Trauma; und Seite 846: „Gewöhnlich entstehen Sarkome bei kräftigen, gut genährten, oft auffallend gesunden Individuen“. Strümpell — Krankheiten d. Nervensystems, 3. Auflage, S. 383: „Die Tumoren des Gehirns . . . sich in einzelnen Fällen unmittelbar oder einige Zeit nach einem Trauma, welches den Kopf betroffen hat, einstellen“. Demnach erkläre ich mir den Vorgang so, dass infolge des Stosses gegen den Kopf im linken Gehirn kleine Blutgefässzerreissungen bezw. Quetschungen feinsten Gehirnteilchen und ähnliche kleine Verletzungen stattgefunden haben, und dass auf Grund dieser Gelegenheitsursache sich hier die bösartige Geschwulst entwickelt hat, wobei man freilich voraussetzen muss, dass die betroffene Gehirnstelle bereits von Keimanlage an eine abnorme, wenig widerstandsfähige und zur Entstehung einer solchen Neubildung vorgebildete gewesen sein muss. Denn die eigentliche Ursache derartiger Geschwülste kennen wir zurzeit noch nicht. — Dass aber die Entwicklung einer solchen Neubildung zurzeit des Unfalls bereits im Gange war, dafür fehlt in der Kranker-

geschichte jeder Anhaltspunkt. Andererseits kann über den zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Beginn der Entwicklung der Geschwulst kaum ein Zweifel sein, und augenscheinlich hat das Trauma den Anstoss gegeben zu dem Beginn des wirklichen Wachstums der Geschwulst. Vom Tage des Unfalls an besteht eine ununterbrochen aufeinanderfolgende Reihe sich steigender Symptome bei dem bis dahin völlig arbeitskräftigen Menschen. Selbst aber, wenn man annehmen will, dass der Unfall nicht die direkte Veranlassung zum Anfang der Geschwulst gewesen ist, so wird man dem Unfall doch mindestens die Rolle eines wesentlichen und plötzlich verschlimmernden, sehr erheblichen Momentes zubilligen müssen. Die Entstehung der bei der Sektion gefundenen kleineren, gleichartigen Geschwülste ist durch die Verschleppung weiterwuchernder Keime aus der Muttergeschwulst ohne weiteres erklärlich. Ich resumiere: Das Trauma als direkte Geschwulstursache lässt sich ja nicht beweisen. Aber der Zusammenhang zwischen beiden ist doch sehr wahrscheinlich; während andererseits eine Verneinung dieses Zusammenhanges der Tatsache der ununterbrochenen Reihenfolge der mit dem Unfall einsetzenden und rasch sich steigenden Symptome geradezu Gewalt antun würde. Und da ferner eine andere Ursache für die Entstehung des Leidens nicht aufzufinden ist, so darf man also wohl zu dem Schlusse kommen: Der Tod des O. am 4. November 1906 ist mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Folge des im April 1906 erlittenen Stosses gegen den Kopf.“

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1910 Nr. 8.)

Ulcus ventriculi. Ueber die therapeutische Beeinflussung

der Hyperazidität und des U. durch Neutralon. Von Dr. A. Alexander. „Nachdem es Ehrmann gelungen war, ein lösliches Aluminiumsilikat zu finden, das ganz allmählich im Verlaufe von Stunden Salzsäure zu binden vermag, wobei die unschädliche feste Kieselsäure und Aluminiumchlorid durch HCl entsteht, habe ich gleichzeitig mit Rosenheim und Ehrmann Versuche mit dieser Substanz bei Magensekretionsstörungen angestellt. Dieses Aluminiumsilikat, das Neutralon, das von C. A. F. Kahlbaum-Berlin hergestellt wird, ist ein weisses, geruch- und geschmackloses Pulver, das in Wasser unlöslich ist, aber mit dünnen HCl-Lösungen bei Körpertemperatur sich spalten lässt. Was nun die günstigen Wirkungen dieser Substanz anlangt, über die ich weiter unten berichten werde, so

sind sie wohl darauf zurückzuführen, dass sich die Substanz als Deckpulver der Magenschleimhaut auflegt und nun ganz allmählich durch Einwirkung der Salzsäure, falls sich solche bildet oder schon im Magen vorhanden ist, zerfällt. Dabei wird die feste Kieselsäure frei, die gleichzeitig mit dem noch unzersetzten Neutralon der Magenwand aufliegen bleibt; an ulcerierten Stellen bleibt das Neutralon, da hier infolge Zerstörung der Drüsen keine HCl einwirken kann, unzersetzt liegen. Es entsteht ferner Aluminiumchlorid, das ebenso, wie die anderen löslichen Aluminiumsalze, eine adstringierende und desinfizierende Wirkung entfaltet. Die durch das Neutralon im Laufe einiger Stunden gebundene Salzsäure kann recht beträchtlich sein, da das von mir gegebene Quantum (1 Teelöffel) ca. 400 ccm 0,2%ige HCl-Lösung im Laufe einiger Stunden bei Körpertemperatur zu binden vermag. Ich habe mit Erlaubnis meines Chefs, des Herrn Prof. Albu, eine grosse Anzahl von Fällen seiner Poliklinik sowie noch weitere Fälle meiner Privatpraxis mit dieser Substanz behandelt und verfüge jetzt über 92 Fälle. Es ergibt sich mithin aus diesen Beobachtungen, dass das Neutralon eine sehr günstige Beeinflussung hinsichtlich der Säuresekretionsbeschränkung hat. Vergleicht man seine Wirkung mit der des Bismuths oder des Argentums, so steht es diesen nicht nach; es hat den Vorteil vor diesen, dass es keine Intoxikationen und keine Obstipation verursacht. Akute Wirkung, das möchte ich noch bemerken, wie sie dem Natron oder Magnesium bei Hyperchlorhydrie zukommen, hat das Neutralon nicht, da seine Wirkung nur langsam eintritt: dagegen ist im Gegensatz zu den Alkalien die Dauerwirkung sicher eine bedeutende. Dass natürlich das Neutralon nur ein Unterstützungsmittel sein soll, wie alle anderen bei der diätetischen Behandlung, die ja bei diesen Krankheiten im Vordergrund stehen muss, ist wohl zu bemerken nicht nötig. Jedenfalls aber vereint es die verschiedenen günstigen Wirkungen, die die anderen Mittel nur einzeln aufweisen, sämtlich, ohne dass ihm schädliche Darm- oder andere Nebenwirkungen zukommen. Sein Einfluss auf die Heilung der genannten Erkrankungen ist, unserer Erfahrung nach, sogar noch günstiger als bei den anderen Medikamenten.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 49.)

- **Zur Behandlung des frischen Magengeschwürs** schreibt Sanitätsrat Dr. Lenné (Neuenahr): „In den letzten Jahren habe ich gegen Blutungen infolge U. Gelatine, nach

meinem Empfinden, mit sehr befriedigendem Erfolge angewandt. Diese Behandlung hat den Vorteil, dass mit der Gelatine gleichzeitig Nährmaterial, wenn auch in geringen Mengen, eingeführt wird. Die Gelatine wird zunächst halbstündlich bis stündlich je nach Intensität der Blutung in 3%iger Lösung schluckweise verabreicht, wird die Blutung spärlicher oder sistiert dieselbe, dann lasse ich die Gelatine auch in erstarrter Form, was manche Kranken vorziehen, teelöffelweise fleissig weiter nehmen. Zusatz von Fruchtsäften, Fleischbrühe usw. bildet ein angenehmes Geschmackskorrigens. Daneben wird alsbald nach dem Stehen der Blutung (24 Stunden) mit der Nahrungszufuhr begonnen, wie ich dies seit nunmehr fast dreissig Jahren geübt habe und in der Med. Klinik 1908 im Anschluss an die Veröffentlichung von Lenhartz, Hamburg, kurz mitgeteilt habe. Die Ernährung besteht in den ersten beiden Tagen aus gekühlter oder stubenwarmer Milch, schluckweise, aber recht häufig, etwa stündlich, selbst halbstündlich, am dritten Tage gibt es Milch mit Kindermehl, Fleischbrühe mit Haferschleim, am fünften, sechsten Tage wird Theinhardts Hygiama, gequirlte Eier, Kakes (Reinhardts oder ähnliches) zugesetzt und vom siebenten, achten Tage ab wird fein zerhacktes Fleisch (Kalbfleisch, Geflügel), Kartoffel, Reis, Brod usw. gestattet. Natürlich haben speziell bei der ganzen Beköstigung die Launen und Wünsche der Kranken eine führende Rolle und vor allen Dingen die Bekömmlichkeit. Man denke nur an die Milch, wie manche Menschen vertragen dieselbe absolut nicht! Nach den ersten zehn Tagen wird der Speisezettel immer reichhaltiger, jedoch ist strengstens darauf zu achten, dass die Speisen weich und genügend zerkleinert, aber nicht gewürzt sind (Salz!), aber schmackhaft! Ruhelage wird 14 Tage lang strenge innegehalten, dazu während der Blutungsperiode Eisbeutel, später hydropathische Wickel, bei stärkerer Empfindlichkeit der Magengegend: Spirituskompressen. Da die Kranken sämtlich während der Kurzeit in meine Behandlung gelangen, so wird ihnen sofort nach Stehen der Blutung Neuenahr-Sprudelwasser schluckweise stubenwarm, allmählich leicht erwärmt verordnet. Dasselbe stillt nach den einstimmigen Aussagen der Kranken ganz vorzüglich den oft brennenden Durst und wirkt druck- und schmerzlindernd. Wird es ausnahmsweise nicht vertragen, dann unterbleibt der Genuss desselben selbstverständlich. Durchschnittlich habe ich drei Blutungen in jedem Sommer zu beobachten Gelegen-

heit und in den letzten vier Jahren nur einmal ein Rezidiv zu verzeichnen gehabt. Die Magenblutung trat gleichzeitig mit der Regel ein, bei der nächsten Periode blieb dieselbe aus.“

(Therapeutische Rundschau 1910 Nr. 17.)

Vitia cordis. Sauerstoffinhalationen bei Herzkranken.

Von Priv.-Doz. Dr. M. Herz (Wien). Autor hat bei mehreren Fällen von kompensierten Herzfehlern, welche an Atemstörungen litten, vor allem bei *Mitralstenosen* hervorragende Erfolge gesehen. Er liess zweimal täglich je 2 Minuten inhalieren. Auch bei der *Stenokardie* und dem *Asthma cardiale* in der beschwerdefreien Zeit ist diese Therapie zu empfehlen.

(Prager med. Wochenschrift 1909 Nr. 59.)

- **Für Herstellung eines Digitalisinfuses** gibt Dr. Herzfeld (Beitrag zur Digitalistherapie. Vortrag, gehalten in der Deutsch. med. Gesellsch. der Stadt New York) folgende Vorschrift: Die fein zerriebenen, von Stengeln und Rippen befreiten Blätter werden mit so viel kochendem Wasser, wie man Infus erhalten will, übergossen. Man lässt dann eine Stunde lang im Wasserbade bei 50° C. stehen, lässt darauf erkalten und fügt bei ungefähr 32° C. Alkohol, und zwar 10 Proz. der gewünschten Menge des Infuses, hinzu, lässt 12 Stunden lang stehen, filtriert, presst die die Blätter aus und füllt mit Wasser bis zur gewünschten Menge Infus auf. Ein so hergestelltes Infus soll sämtliches Digitalin und Digitoxin der Blätter enthalten.

(Therap. Monatshefte, April 1910.)

- **Ueber Digistrophan, ein neues Kardiakum.** Von Dr. O. Boelke, Dirigierender Arzt der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Ratibor. „Auf meine Anregung hin bringt die Firma Goedecke & Co., Berlin, ein nach einem patentierten Verfahren für diesen Zweck hergestelltes kombiniertes Digitalis-Strophantus-Präparat in den Verkehr, das allen an ein derartiges Mittel zu setzenden Anforderungen nach meinen bisherigen Beobachtungen genügt — das Digistrophan —, das tatsächlich bei exakter Dosierbarkeit und absoluter Haltbarkeit volle Digitalis-Strophantuswirkung entfaltet und eine bequeme Anwendungsweise in Tablettenform per os ermöglicht. Die leitenden Gesichtspunkte, die zur Herstellung des Digistrophan führten, waren einmal aus der vorliegenden Literatur gegeben, aus der hervorgeht, dass Strophantus in gewissem

Sinne die störende Kumulativwirkung der Digitalis mildern soll, andererseits lag die Vermutung nahe, dass die Kombination dieser beiden ähnlich, schliesslich doch längst nicht absolut gleichwirkenden Herzmittel einen besseren Heileffekt erzielen müsse, als jedes gesondert, eine Voraussetzung, die sich völlig bestätigt hat. Für die Herstellung des Digistrophan im pharmazeutischen Sinne war die bekannte Tatsache grundlegend, dass bei der Darstellung von Fluidextrakten und trockenen Extrakten von Digitalis und Strophantus wirksame Bestandteile dieser Drogen in Verlust geraten, da sie flüchtige Substanzen enthalten, welche durch das bei der Darstellung der Extrakte, besonders der trockenen, notwendige Erhitzen naturgemäss verloren gehen müssen. Infolgedessen existieren bisher feste Extrakte von Strophantus und Digitalis mit vollwertiger Wirksamkeit noch nicht. Bei dem obigen Verfahren ist folgender Weg eingeschlagen worden, um Verlust von wirksamer Substanz zu vermeiden: Es werden 100 Teile Fol. Digitalis und 50 Teile Strophantus in der in den Pharmakopoen üblichen Weise zu einem Fluidextrakt hergestellt. Dieses Fluidextrakt wird nun im Vakuum bei einer sehr niedrigen Temperatur, welche 40° nicht überschreiten darf, mit einem genau abgemessenen Quantum eines technischen Bindemittels, z. B. Milchzucker, derart verdunstet, dass das erhaltene feste Extrakt entsprechend dem Gewicht der Drogen eingerichtet ist. Sind also 100 g Fol. Digitalis und 50 g Sem. Strophanti in Arbeit genommen worden, so müssen 1000 Tabletten von 0,5 g = 150 g Extrakt entsprechen. Der Arzt erhält auf diese Weise die Möglichkeit, die beiden Drogen Strophantus und Digitalis sehr genau dosieren zu können, denn jede einzelne Tablette entspricht demnach 0,1 g Fol. Digitalis und 0,05 g Sem. Strophanti von so voller konstanter Wirksamkeit, wie sie die frische Droge niemals bieten kann. Neben diesen reinen Digistrophantabletten sind für bestimmte Zwecke — Verstärkung der Diurese — noch solche Tabletten hergestellt worden, die neben 0,1 g Digitalis und 0,05 g Strophantus noch 0,2 g Natriumazetat, respektive Coffein. natrio-acet. 0,35 g enthalten, Kardiakum und Diuretikum können hier also in denkbar bequemster Weise in einer Tablette verabfolgt werden. Das Digistrophan erwies mir zunächst seine prompte tonisierende Wirkung an isolierten Kaltblüterherzen, wurde dann an zehn gesunden kräftigen Männern und daraufhin bei allen geeigneten Herz- und Gefässkranken unter genauer Registrierung

von Blutdruck, Pulskurve, Pulszahl und -stärke sowie Diurese eingehend geprüft und, wie die nachfolgenden Fälle beweisen, von einer ausserordentlich prompten und konstanten Wirkung befunden. Die Vorversuche mit Herzgesunden bieten nur insofern Interesse, als bei der Digistrophandarreichung eine der besten Droge gleiche Wirkung auf die Herzarbeit erzielt wurde. Der Blutdruck, der bekanntlich bei Gesunden unter der Digitalistherapie nur wenig steigt, erhöhte sich in unseren Fällen ebenfalls nur gering; die an und für sich normale Pulswelle zeigte typische und auffällig schnell einsetzende Digitaliswirkung, während die Zahl der Pulse im Durchschnitt von 80 auf 66 herunterging. Die Diurese stieg entsprechend dem erhöhten Blutdruck in allen Fällen. — Nebenwirkungen traten auch bei mehrwöchentlicher (14 Tage) Darreichung nie auf. Weit eklatanter dokumentierte sich die Wirkung des Digistrophan bei Kranken mit Kreislaufstörungen. 85 derartige Fälle kamen im Laufe von zehn Monaten zur Behandlung, und zwar 44 organische Klappenfehler, 18 Herzmuskelerkrankungen, 1 Herzbeutelverwachsung mit Herzverlagerung, drei Fälle von schweren Störungen der Herzarbeit durch Raumbeengung im Brustkorbe, und ausserdem 19 Fälle von Herzerermüdung bei akuten Infektionskrankheiten, vornehmlich bei Typhus abdominalis. Die instruktivsten Krankheitsfälle aus diesen verschiedenen Gruppen seien zur genauen Dokumentierung der prompten Wirkung des Digistrophan hier kurz zusammengestellt. (Folgen acht Krankengeschichten.) —

„In ähnlicher Weise zeigte sich die hervorragend tonisierende Wirkung der Digitalis-Strophantuskombination auf die Herztätigkeit in allen anderen Fällen. Wenn der klinische Herzbefund überhaupt noch eine Besserung erwarten liess, erfolgte sie unter der Wirkung des neuen Mittels in weitgehendem Masse. Besonders deutlich spricht sie sich im Falle 1 aus, weil hier der Heilerfolg der Digistrophankur mit der vorangegangenen Therapie der reinen Digitalisdroge einen Vergleich gestattet, der sowohl in Stärke als auch Dauer der Wirkung zugunsten des Digistrophan ausfällt. Sehr gut lässt auch Kurve 7 (Pneumonie) diese Wirkung erkennen. Trotzdem die Temperatur in continua auf 40 Grad bleibt, sinkt die Pulszahl von 130 auf 90 ab. — Der Vollständigkeit wegen sei noch hinzugefügt, dass Herzinsuffizienz bei primären Nierenleiden, wie zu erwarten war, ebenso wie durch Digitalis auch durch Digistrophan im allgemeinen keine Beeinflussung

erfuhr, speziell blieb die Steigerung der Diurese aus. Der allgemeine Ueberblick über die Wirkungsweise des letzteren bringt folgende Punkte des therapeutischen Effektes hauptsächlich zur Geltung: Erhöhung der Schlagtiefe und Herabminderung der Schlagzahl des Herzens, Verschwinden der Arythmie in denkbar weitestem Masse. Der Blutdruck (gemessen nach Riva-Rocci mit Recklinghausenscher Manschette) wird konstant und entsprechend einer guten Digitaliswirkung erhöht. Bei der Beobachtung einiger Myokarditiden konnte das auch von anderen Autoren als paradox bezeichnete Verhalten — erhöhter Blutdruck bei ausserordentlich kleiner Pulswelle — bestätigt werden; es erfuhr unter der Therapie eine Einstellung auf die Norm, d. h. trotz Kräftigung des Pulses und Erniedrigung der Schlagzahl mit schwindender Arythmie sank der ursprünglich erhöhte Blutdruck in mehreren Fällen infolge der gebesserten Herzarbeit auf die Norm ab. Konform der Besserung der Herztätigkeit war stets eine Steigerung der Diurese auf resp. über die Norm zu verzeichnen, die sich durch die Darreichung von Digistrophandiuretikum noch erhöhen liess. Betont muss bei der Digistrophantherapie der schnelle Eintritt und die relativ lange Dauer der Wirkung werden, zwei Faktoren von grossem therapeutischen Werte. Das Digistrophan wird von den Verdauungsorganen auch bei schweren Infektionskrankheiten stets gut vertragen; es hat keinen schädigenden Einfluss, vor allem nicht auf die Nieren. Bei einzelnen Kranken mit schweren Stauungserscheinungen der Baueingeweide trat wohl durch die Wirkung des Strophantus auf den Nervus splanchnicus (vergl. Magnus und Gottlieb) in den ersten Tagen zweibis dreimal ohne jede subjektive Störung oder gar Schmerz breiiger Stuhl auf, eine Nebenwirkung, die in diesem Falle geradezu erwünscht sein muss. Störende Kumalativwirkung wurde in keinem Falle beobachtet. Die Dosierung ist denkbar einfach, da die wirksame Substanz, wie aus dem chemischen Teil hervorgeht, für jede Tablette feststeht. Täglich dreimal eine Tablette genügt für die Mehrzahl der Fälle; wo es nötig ist, erhöhen vier Tabletten diese Wirkung und werden gut vertragen. Kurz zusammengefasst stellt danach das Digistrophan ein nach speziellem Verfahren gewonnenes Herzmittel dar, das alle wirksamen Bestandteile bester Digitalisblätter und Strophantussamen entfaltet und dabei doch störende Kumulation ausschaltet. Das Herstellungsverfahren sichert dem Mittel neben absoluter Haltbarkeit und bequemster Dosierbarkeit eine dauernde

Konstanz und Intensität der Wirkung, welche der Droge weit voransteht. Infolge dieser Vorzüge verdient das Digistrophan bei allen geeigneten Herzkranken in Anwendung zu gelangen.“ (Die Therapie der Gegenwart, April 1910.)

- **Zur Dauerwirkung CO₂haltiger Soolbäder bei Kreislaufstörungen.** Von Dr. Schuster (Bad Nauheim). „Die Wirkung eines CO₂haltigen Soolbades von etwa 29 bis 32° C. besteht bekanntlich unter anderem 1. in einer zunächst eintretenden, nur kurze Zeit anhaltenden Verengung der Hautgefäße verbunden mit Kältegefühl und leichter Opression; 2. in einer sehr bald darauf erfolgenden Erweiterung derselben, welche einhergeht mit Rötung der Haut, vermehrtem Wärmegefühl, freierer Atmung; 3. in einer Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens und Erhöhung des Schlagvolums. Dieser durch die Temperatur und chemophysikalische Beschaffenheit des Badewassers erzeugte Reiz, der zunächst ein Zurückdrängen des Blutes nach dem Herzen hin und dadurch eine gewisse Belastung desselben hervorruft, ist gleichsam als ein Peitschenhieb aufzufassen, durch welchen das Herz zu einer vermehrten Tätigkeit, das heisst zu einer grösseren Entfaltung seiner Energie momentan angeregt wird. Je kühler die Temperatur, um so stärker und längerandauernd ist diese impulsive Anregung. Die Hautgefäße, welche sehr viel Blut fassen können, erweitern sich jedoch alsbald und saugen nun förmlich das Blut in grosser Menge vom Herzen ab zur Peripherie hin. Es folgt auf die anregende Belastung die schonende Entlastung. Das Herz hat nunmehr freiere, leichtere Arbeit und kann seine Energie, die durch den zuerst erfolgten Peitschenhieb angestachelt worden ist, besser entfalten. Die Schlagfolge des Herzens wird dabei langsamer. Das Herz kann sich durch die ruhigere Arbeit noch mehr erholen, sein Schlagvolum erhöht sich, das Herz wirft infolge seiner besseren Kontraktion mehr Blut aus. Es handelt sich bei der Wirkung des CO₂haltigen Soolbades eben nicht bloss um eine lokal an der Peripherie sich abspielende vasomotorische Reizung der Hautkapillaren, sondern auch sicher um reflektorische zentripetale Gefässreizwirkungen mit zentralem kardialen Reizeffekt. Herz und Gefäße bilden ein einheitliches System. Sie sind mechanisch eng miteinander verbunden und haben vor allen Dingen einen sehr innigen vitalen Zusammenhang unter sich durch das Nervensystem, welches dem Herzen und den in ihm gelegenen Zentren, sowie

dem vom Herzen aus peripher ausstrahlenden Gefässnetze, die zur gegenseitigen Regulierung und Anpassung sich geltend machenden Reize übermittelt. Wenn es auch noch nicht gelingt, diese vitalen Beziehungen zwischen Herz und Gefässsystem präzise zu formulieren, so steht es doch durch viele Beobachtungen und Erfahrungen fest, dass Differenzen in der Funktion des Herzens Änderungen in der Funktion der Gefässe hervorrufen, und umgekehrt vasomotorische Einflüsse auf die Funktion des Herzens verändernd einwirken können. Für das letztere bildet eben das kohlensäurehaltige Soolbad einen Beweis. Es steht nach dem Gesagten erfahrungsgemäss und experimentell fest, dass das CO₂haltige Soolbad einen, wenn auch noch nicht völlig geklärten Einfluss auf das Zirkulationssystem, und zwar auf Gefässe und Herz hat. Es ist verständlich, dass aus der häufigeren Wiederholung derartiger zweckmässig gewählter Reizwirkungen, die natürlich inbezug auf die Art des Krankheitszustandes und des Individuums sich verschieden gestalten müssen, hier mehr schonend, dort mehr ühend, schliesslich eine dauernde Verminderung, eventuell sogar Beseitigung vorhandener Kreislaufstörungen hervorgehen kann. Und dass tatsächlich solche Dauerwirkungen zustande kommen, davon habe ich mich während meiner langjährigen Tätigkeit in Bad Nauheim gar zu oft überzeugen können. Ich verfüge über eine sehr grosse Anzahl von Fällen, die ich seit vielen Jahren behandle und beobachte, Pat., die organisch herzkrank sind, zu Herzschwächezuständen neigen, an wiederkehrenden Stauungserscheinungen leiden, also wirklich krank sind, und bei denen unmöglich bloss psychische Einflüsse die immer wieder in derselben Weise eintretende, objektiv wahrnehmbare Besserung erzeugen können. Ich verfüge im Laufe der Jahre auch über eine grosse Reihe von Pat., die durch eine oder wenige Kuren einen Dauereffekt von Jahren erzielt haben, auch organisch Kranke, die an Klappenfehlern mit Kompensationsstörungen, an Herzschwäche auf Grund von myokardialen Veränderungen, an arteriosklerotischen Herz- und Zirkulationsstörungen litten und heute in relativ guter Gesundheit weiterleben. Natürlich sind stärkere Läsionen des Myokards und vor allen Dingen des Klappenapparates durch das CO₂haltige Soolbad ebensowenig zu beseitigen, wie durch andere Behandlungsmethoden. Dilatationen können freilich durch die hervorgerufene Funktionsbesserung des Herzens allmählich zurückgehen, Irregularitäten können

verschwinden, häufig genug aber bestehen diese, wie auch Hypertrophien, ruhig weiter, und doch ist die Störung im Kreisläufe eine derartig bessere geworden, dass gewisse Krankheitserscheinungen, z. B. die der Schwäche, Stauungen oder auch der vermehrten Reizbarkeit mehr oder weniger geschwunden sind und einem besseren subjektiven Befinden, sowie erhöhter Leistungsfähigkeit im allgemeinen wie auch insbesondere des Herzens Platz gemacht haben. Es handelt sich hier um Ausgleichungen und Regulierungsvorgänge, bei denen die Beteiligung des Gefässsystems nicht gering anzuschlagen ist, und aus denen schliesslich eine dauernde Funktionsbesserung der Kreislauforgane, speziell des Herzens resultiert. Eigenartig, wie man es auch bei anderen physikalisch-therapeutischen Massnahmen beobachtet, sind die während der Anwendung der CO₂haltigen Soolbäder und noch einige Zeit hinterher oft sich bemerkbar machenden Reaktionserscheinungen, die mit Schwäche, Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, leichter Erregung, Schlaflosigkeit usw. einhergehen. Es ruft die Umwälzung im Zirkulationssystem oft, wenn man so sagen darf, revolutionäre Zustände hervor, die nicht nur als Reaktionen auf den Zirkulationsapparat, sondern auch auf das Nervensystem und den Stoffwechsel aufzufassen sind. Im Organismus spielen sich die Ausgleichungen und Regulierungen nicht immer einfach und glatt ab, es dauert oft eine gewisse Zeit, bis die auf den Körper wirkenden Reize derartig verarbeitet sind, dass schliesslich die einzelnen Organe sich mit den veränderten Zuständen abgefunden haben. Erst wenn die Reizwirkungen gänzlich abgeklungen sind, stellt sich eine gewisse Harmonie und ruhige Anpassung ein, ein Zustand, den man als ‚Nachwirkung‘ bezeichnet. Sind die durch das CO₂haltige Soolbad gesetzten Reize unzweckmässig in Ansehung des jeweiligen Krankheitszustandes respektive der individuellen Eigentümlichkeiten eines an Kreislaufstörungen leidenden Kranken, so tritt eine tatsächliche Verschlechterung des Zustandes ein, die regulierende Anpassung bleibt aus und der Misserfolg ist da. Sache des behandelnden und beobachtenden Arztes ist es, die Reaktionserscheinungen in den nötigen Grenzen zu halten, beziehungsweise nicht geeignete Kranke von dieser Art der Behandlung auszuschliessen. Mit Recht macht Goldscheider darauf aufmerksam, dass man, soll die Anwendung physikalischer Prozeduren eine rationelle sein, dem Organismus Zeit zur Regulierung lassen muss und vor allem die übertriebene

Häufung der physikalischen Eingriffe zu unterlassen habe. Die Richtigkeit dieser Ansicht steht bezüglich der CO₂haltigen Soolbäder in Bad Nauheim durch langjährige Erfahrungen und Beobachtungen fest. Seit Dezennien schon wird von den dortigen Aerzten die Badekur mit Intervallen angeordnet, das heisst die Pat. baden nicht täglich, sondern setzen nach ein, zwei oder drei Bädern, je nach der Art des vorliegenden Falles, einen Tag aus, um die Reizwirkungen nicht so stark werden zu lassen, dass daraus nachteilige Folgen erwachsen. Die Nauheimer Einrichtungen mit ihrer grossen Verschiedenartigkeit und leichten Dosierbarkeit der Bäderformen (CO₂ freie, schwache, stärkere und sehr starke CO₂haltige Soolbäder, verschieden stark in ihrem Salzgehalt, verschieden in ihrer Naturwärme (29, 31, 32 $\frac{1}{2}$ ° C.) erleichtern uns aber die Anpassung an die jeweiligen Krankheitszustände und konstitutionellen Eigentümlichkeiten, wie ich schon öfter betont habe. Will man gute Dauererfolge erzielen, so muss entschieden vor jeder schablonenhaften Anwendung der CO₂haltigen Solbäder dringend gewarnt werden. Gewiss haben die jahrelang mit dieser Art physikalischer Therapie umgehenden Aerzte sich mit der Zeit eine gewisse Routine angeeignet. Aber damit allein ist es nicht geschehen, jeder einzelne, besonders fremde Fall bedarf einer eingehenden Beobachtung, und selbst die uns jahrelang bekannten Pat. sollen immer wieder auf die Art ihrer jeweiligen Reaktionsfähigkeit geprüft werden, bevor sie nach altem Rezepte ihre Kur wieder durchführen wollen. Vollends verwerflich ist der Gebrauch CO₂haltiger Solbäder ohne ärztliche Kontrolle nach der Vorschrift eines andern Pat., was aus ökonomischen Gründen vorkommt. Zur Vermeidung unangenehmer Enttäuschungen ist es gewiss nötig, die für eine Behandlung mit CO₂haltigen Solbädern nicht geeigneten Pat. möglichst auszuschliessen. Es ist aber immer noch schwer, bezüglich der Indikationsstellung scharfe Grenzen zu ziehen. Wir haben leider nicht immer von vornherein bestimmte Anzeichen vor uns, die mit Sicherheit darauf hindeuten, dass dieser oder jener Pat. die Badekur eventuell nicht vertrage. Die konstitutionellen, individuellen Eigentümlichkeiten treten uns auch hier, wie überall, erschwerend in den Weg. Wir können uns vorläufig nur nach den jeweiligen Reaktionserscheinungen richten, deren genaue Bewertung bei dem Mangel einer zuverlässigen Funktionsprüfungsmethode nicht durch Zahlen und Kurven, nicht durch Sphygmograph, Manometer,

Röntgen, Elektrokardiogramm usw. gelingt, sondern bis jetzt noch der Erfahrung, dem praktischen Blick, dem Feingefühl des Arztes überlassen werden muss. Doch auch die Erfahrung täuscht, und manchmal befindet man sich in einer recht schwierigen Lage, wenn die Kranken oder deren Angehörige die Badebehandlung verlangen unter Hinweis auf andere schwerkranke Pat., die durch CO₂haltige Solbäder Dauererfolge erzielt haben. Und es kommen hin und wieder selbst unter den schwierigsten Krankheitserscheinungen Erfolge zustande, die man nicht für möglich halten sollte. Ich erinnere mich z. B. eines Kollegen, der von ersten Autoritäten nach ihrer Ueberzeugung mit Recht aufgegeben wurde (hochgradigste Insuffizienz des Herzens mit enormen Stauungen, wie ich sie selten gesehen habe) und doch noch nach Nauheim kam. Ich war starr, als der mir von früher bekannte Kollege seinen Wunsch zu erkennen gab, in diesem Zustande noch eine Badekur zu unternehmen. Es geschah, es musste geschehen, weil er es absolut wollte. Das verzweiflungsvolle Experiment glückte. Nach der ersten Kur gingen die Stauungen erheblich zurück, das Herz erholte sich, nach einer zweiten Kur waren die Oedeme beinahe, nach einer dritten ganz geschwunden. Praxis konnte in geringem Grade wieder ausgeübt werden. Der Aszites blieb bestehen, es bildete sich eine Zuckergussleber aus, und waren deshalb Punktionen oft nötig. Pat. lebte noch etwa fünf Jahre seit der ersten Kur, er überstand zirka 60 Punktionen und ging an einer Pneumonie zugrunde. — Solche Fälle sind freilich selten, sie kommen aber vor. Hier wie in anderen, wenn auch nicht so verzweifelten Fällen, hat das Herz trotz der Schwere der Erscheinungen offenbar mehr Reservekraft noch gehabt, als man vermuten konnte. Dieselbe genau festzustellen und daraufhin zu prüfen, ob man von einer Badekur überhaupt noch etwas erwarten kann bei derartigen Fällen, ist leider bis jetzt noch nicht möglich. Quoad indicationem kann man sich bis jetzt nur allgemein dahin aussprechen, dass alle die Kreislaufstörungen mit voraussichtlich gutem Dauererfolge durch CO₂haltige Soolbäder behandelt werden können, die als Folgen eines bestehenden Herzschwächezustandes anzusehen sind, vorausgesetzt, dass noch eine genügende anregungsfähige Reservekraft des Herzens vorhanden ist respektive vermutet wird. Dies ist die *conditio sine qua non*. Mag nun die krankhafte Ursache für die bestehende Herzschwäche in einer Veränderung des Herzmuskels selbst liegen, oder die Störung

bloss eine funktionelle sein, mag sie auf Klappenfehler zurückzuführen sein, mag es sich um Schwächezustände des Herzens als Begleiterscheinung einer anderen Krankheit (Stoffwechselstörungen, Infektionen, Intoxikationen usw.) handeln, bei allen diesen verschiedenen Krankheitsformen geht die Wirkung der CO_2 haltigen Solbäder schliesslich darauf hinaus, das Herz unter Mitwirkung des mit ihm vital verbundenen, ausgleichungsfähigen Gefässsystems zu einer ruhigen, gleichmässigen, kräftigen Arbeit anzuregen, das Myokard zu einem solchen Grade von Leistungsfähigkeit wieder zu bringen, dass es den gestellten Anforderungen besser wieder gerecht werden kann. Schwere Erschöpfungszustände des Myokards, Fälle, bei denen man keine genügende Reservekraft mehr vermutet, sind kontraindiziert. Die Arteriosklerose oder Atherosklerose ist für CO_2 haltige Solbäder entschieden angezeigt. Man muss hier nur sein Augenmerk mehr auf die schonende Wirkung des Bades richten, indem man die Temperatur mehr dem Indifferenzpunkte nähert und durch mildere Badeformen die Reizwirkungen nicht zu stark werden lässt. Die bestehenden arteriosklerotischen Veränderungen an und für sich werden ja natürlich nicht beseitigt, aber es wird doch in zahlreichen Fällen durch die eintretende bessere Herz-tätigkeit auf dem mehr schonenden Wege der Entlastung, durch die Ableitung des Blutes in andere Gefässbezirke, durch die daraus resultierenden besseren Ernährungsbedingungen für den Gesamthaushalt des Körpers, ferner durch Besserung der die Arteriosklerose oft begleitenden oder begünstigenden anderen Krankheiten (Gicht usw.), eventuell auch durch die beim Gebrauch indifferenter CO_2 -Bäder nach Bröking eintretende Herabsetzung der Viskosität des Blutes, die schnellere Entwicklung der Atherosklerose aufgehalten und der fortschreitenden Degeneration resp. Erschlaffung des Herzmuskels entgegenarbeitet. Aortenaneurysmen und Atherosklerose der Koronararterien mit schweren Anfällen von Angina pectoris und kardialem Asthma sind kontraindiziert. Die Herzneurosen auf Grund von Neurasthenie, Hysterie, Anämie, Chlorose, Giftwirkungen usw. bilden ebenfalls ein günstiges Feld für die kohlenensäurehaltigen Solbäder. Bei ihnen macht sich neben der Herz- und Gefässbeeinflussung auch eine das Gesamtnervensystem umstimmende, beruhigende und kräftigende Wirkung der Bäder besonders geltend. Schwere nervöse Erregungs- und Erschöpfungszustände sind auszuschliessen.“

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 15.)

Vermischtes.

- Es ist Dr. Heidenhain (Insterburg) zweimal gelungen, eine **Fissura ani** ohne operativen Eingriff zu heilen; es wäre doch immerhin anheimzustellen, weitere Versuche mit dem einfachen Verfahren anzustellen. Das Verfahren besteht darin, dass einmal für regelmässigen und breiigen Stuhlgang gesorgt wird und dann — wenn irgend möglich dann — nach vorangegangener Ausspülung des Mastdarms mittels Irrigators — ein Hämorrhoidarpressar aus Hartgummi für 1—2 Stunden eingelegt wird; entweder treten gar keine Schmerzen ein oder die eingetretenen Schmerzen hören sofort auf; in 10—14 Tagen ist Heilung eingetreten.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 3.)

- Eine **Bade-Handhabe** hat Frau E. Janusch in Dresden-Neugruna konstruiert, von der sie auch zu beziehen ist. Ein eiserner, rund gebogener Haken wird über den Wannenrand gelegt. Er trägt einen Karabinerhaken mit einer Kette, an dessen unterem Ende sich die Haltevorrichtung befindet: ein Metallbügel mit Holzhandgriff. Die ganze Vorrichtung dient dazu, schwächlichen und gebrechlichen Personen die Möglichkeit zu gewähren, sich in der Wanne mühelos aufzurichten oder sich in bestimmter Stellung zu erhalten. Die Handhabe lässt sich leicht an jeder Badewanne anbringen und wieder abnehmen.

(Ärztliche Polytechnik 1909 Nr. 8.)

- **Ueber die Kontraindikationen der Fibrolysinanwendung.** Von Dr. S. Stocker jun. (Luzern). Autor beschreibt folgende Beobachtung: „Es handelte sich um eine 37 Jahre alte Dame, die seit zirka fünf Jahren an schmerzhaften, derben Adhäsionen im Abdomen litt. Vor 25 Jahren hatte Pat. eine Periostitis am linken Vorderarm durchgemacht, die nach einigen Wochen abheilte und seither keine Beschwerden mehr machte. Vor 30 Jahren ist Pat. zum letzten Male mit Erfolg geimpft worden. Die etwas nervöse, aber gut genährte und gut entwickelte Frau zeigt gesundes Herz und gesunde Lungen. Am linken Oberarm sind drei weisse, absolut reizlose Impfnarben. Der linke Vorderarm ist nicht druckempfindlich. An der Innenseite des Radius eine kleine Verdickung. Im Abdomen sind derbe, schmerzhaft Adhäsionen, weswegen am 12. IV.

eine intramuskuläre Injektion von 2,3 ccm Fibrolysin (Mendel) in den rechten Oberarm gemacht wird. An der Injektionsstelle treten keine Schmerzen auf, wohl aber abends Temperatursteigerung bis 38,2°. Pat. fühlt sich matt, klagt über Kopfweh und Schmerzen im linken Vorderarm. Dieser fühlt sich erhöht temperiert an, ist stark druckempfindlich und teigig geschwollen. Die Adhäsionen im Abdomen lassen sich unter geringer Schmerzhaftigkeit dehnen, sind weicher. Am 14. IV. Symptome etwas geringer. Pat. erhält deshalb heute nochmals 2,3 ccm, eingedenk der Worte Mendels, dass „diese unwillkommenen Nebenerscheinungen, welche nur sehr selten beobachtet werden, stets ohne dauernden Schaden zurückgehen und fast nie ein vorzeitiges Abbrechen der Kur notwendig machen, da fast stets eine allmähliche Gewöhnung eintritt usw.“ Einige Stunden nach der Injektion werde ich zu der Pat. gerufen. Sie liegt im Bett, fühlt sich sehr krank. T. 39,0°, P. 100. Lokal ist an der Injektionsstelle gar keine Reaktion. Der linke Vorderarm ist geschwollen, schmerzhaft, erhöht temperiert, fühlt sich teigig an. Die Impfnarben am linken Oberarm sind sukkulent und schmerzhaft. Unter antiphlogistischer Behandlung beruhigt sich der Prozess am linken Vorderarm in zirka zwei Wochen, die Impfnarben aber bleiben noch längere Zeit schmerzhaft, ebenso hält das Krankheitsgefühl noch länger an. Die Adhäsionen im Abdomen sind weich und nicht mehr schmerzhaft. — Beachtenswert bei unserm Fall ist die enorme Empfindlichkeit des Organismus dem Fibrolysin gegenüber. Sie legt uns die Warnung zur Vorsicht nahe. Wenn das Mittel ohne Rücksicht auf das Alter der Narbe seine Wirkung entfaltet, so schießt diese über das Ziel hinaus, indem sie durch das Aufschliessen von alten Herden, die noch virulente Mikroorganismen enthalten, neue Infektionen erregt. Von diesem Gesichtspunkte aus ist wohl die Indikationsstellung zu reduzieren. In erster Linie wird vor der Applikation des Fibrolysin die Anamnese nochmals genau zu revidieren sein. Bei Vorhandensein früherer, schwerer Infektionen, welche durch bindegewebige Reaktion zu heilen pflegen, sollte von der Anwendung abgesehen werden.“

(Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1909 Nr. 24.)

- Dr. Barnick (Mrotschen) schreibt über **Behandlung der Sehnenscheidenphlegmone**. „Bei beginnender Sehnenscheidenphlegmone hat sich mir besonders gut bewährt die Kombination von Bierscher Stauung mit dauernder Appli-

kation heisser, stark antiseptischer Umschläge. (Ich wende mit heisser unverdünnter essigsaurer Tonerde getränkte Wundwatte an, über die ein wasserdichter Stoff gelegt wird.) Unter dieser Behandlung lassen die anfangs meist sehr beträchtlichen Schmerzen in kurzem nach, 'die Eiterbildung verläuft nicht so stürmisch wie unter feuchtem Verbande oder Stauungsbehandlung allein, der Abszess manifestiert und lokalisiert sich ziemlich schnell, besonders wenn man dafür sorgt, dass absolute Bettruhe und Bewegungslosigkeit eingehalten wird. Entgegen der Lehre von den grossen Schnitten habe ich zur Vermeidung störender Narben es mir zur Aufgabe gemacht, mit möglichst kleinen, genügend tiefen Stichinzisionen auszukommen. Bei richtiger Auswahl der Stellen, Bierscher Stauungsbinde und Anwendung der seit langem rühmlichst erprobten Phenolkampferlösung (Acid. carbol. liquefact. 30,0, Camphor. trit. 60,0, Alcohol. absol. 10,0) habe ich nie Eiterretentionen erlebt.“

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 6.)

- **Ueber Arsan, eine neue Anwendungsform der arsenigen Säure.** Von Dr. D. Amende (Bamberg). Arsan, eine Verbindung von Arsen und Glidine (hergestellt von Dr. Klopfer, Dresden), in Tabletten mit 0,002 g Arsen, hat Autor mit bestem Erfolge bei über 40 Fällen angewandt. Es hat prompte Arsenwirkung, ist dabei verhältnismässig unschädlich, handlich und von angenehmem Geschmack. Zur Dosierung erwähnt Autor, dass er jetzt die ersten acht Tage mittags und abends, sofort nach der Mahlzeit, je eine der 0,002 g Arsen, entsprechend 0,0026 g arseniger Säure enthaltenden Tabletten nehmen lässt. Die Tabletten können ganz verschluckt oder zerkaut, mit oder ohne Wasser genommen werden. In der zweiten Woche wird auf drei Tabletten täglich gestiegen. Manchmal wird es nötig sein auf vier, nur selten auf fünf oder sechs pro die zu steigen. Je grösser die Tagesdosis ist, umsomehr wird eine kumulative Wirkung zu befürchten sein, und um so früher wird man bestrebt sein müssen, die Dosis zu reduzieren. Drei Tabletten pro die wurden selbst durch längere Zeit meistens gut vertragen. Kindern gibt man entsprechend halbe Tabletten. Bei der erstmaligen Verordnung pflegt Autor den Pat. die Weisung zu geben, sobald sich Kopfweh einstellen sollte, auf zwei oder eine Tablette pro Tag wieder zurückzugehen.

(Dermatolog. Zentralblatt, Februar 1910.)

— **Mastix-Lösung als idealer Behelf für klein-chirurgische Praxis.** Von Dr. Franz Thalwitzer (Kötzschenbroda): v. Oettingen hat uns ein ganz ausgezeichnetes Verbandmittel — Verbände vermittelt M.-L. — angegeben, das sich in allergrösstem Massstabe beim japanischen Kriegssanitätsdienste praktisch bewährt hat. „Ich habe diese Methode in der kleinen Chirurgie meiner Sprechstunde seit einem Jahre ‚nachgeprüft‘ und werde kaum wieder zu anderen Verbänden greifen. Die chemische Fabrik Helfenberg hat die M.-L. (Harz der Pistacia lentiscus und P. terebinthus in Chloroform gelöst, das englische ‚mastic-Kitt hat damit nichts zu tun) in sehr handlicher Form in einer Flasche mit Pinsel am Kork herausgebracht. Die Methode ist ungeheuer einfach: Die Wundumgebung wird nur von den groben Verunreinigungen befreit. Die übliche ‚Wundreinigung‘ verdient ja besser die Bezeichnung Wundverunreinigung, brachte sie doch zu den Keimen, die der Blut- bzw. Serumstrom bereits mit Erfolg aus der Wunde entfernt hatte, noch die Keime der Umgebung mit einem gewissen Nachdruck in die Wunde hinein. Das dann aufgelegte Verbandstück, das bei jeder Bewegung sich um Zentimeter verschieben konnte, besorgte diese Verunreinigung der Wunde durch Keime aus ihrer Umgebung nur noch gründlicher. Das hört bei den Mastix-Verbänden auf. Denn 1. die etwa vorhandenen Keime der Wundumgebung werden durch den Ueberzug mit M. auf ihrer Stelle festgehalten und mit dem schützenden Ueberzug versehen, und 2. der unmittelbar der Wunde aufliegende Verbandstoffteil haftet auf demselben Ueberzug völlig unbeweglich fest. Ueber diesen unverrückbaren Verband können dann — falls erforderlich — Bindentouren angelegt werden. Ich habe den Eindruck, dass die Wundheilung um so schneller vor sich geht, je besser die Luft, durch den Verbandstoff filtriert, zu der Wunde Zutritt hat. Bei Kranken, die sich schonen können, habe ich bei einfacher Bedeckung mit etwa 3—4facher Mullschicht, die mit M.-L. absolut festhält, die schnellsten Wundheilungen beobachtet. Namentlich an sich verjüngenden Körperstellen, wie Unterschenkel und Unterarm, wo Verbände nur halten, wenn ein grosser Bindenvorrat verbraucht wird, aber auch am Rumpf, wo sonst grosse Längen erforderlich sind, tritt der Vorzug der M.-Verbände hervor. Am behaarten, dort natürlich rasierten, und am unbehaarten Kopf habe ich viele einfachere M.-Verbände angewandt und so die Kranken mit dem unbeliebten und tatsächlich lästigen grossen Kopf-

verbande verschont. Welche Wohltat für Frauen, wenn sie sich bei Verletzung der einen Kopfseite wenigstens die andere, gesundgebliebene pflegen, kämmen, bürsten usw. können. Die Entfernung des Verbandes ist sehr einfach und geschieht durch vorsichtiges Abziehen ohne Schwierigkeit, falls keine Haare überklebt sind. Die hat ja aber auch wohl der ‚Kleinst-Chirurg‘ vorher rasiert. Ein Vorteil bei der Anwendung liegt für die Praxis ferner darin, dass der Kranke sieht, dass etwas gemacht wird. Bedeckt man die Wunde lediglich mit dem sterilen oder antiseptischen Verbandstoffe, dann denkt sich der Kluge: ‚Das kannst du auch!‘ und pfuscht sich bei nächster Gelegenheit eine kleine Sepsis an. Hier sieht er, dass er vor dem Verband mit einer Flüssigkeit gepinselt wird, die ihm überdies eine ganz unbedeutende Empfindung des Brennens bereitet. Diese tatsächlich ganz unbedeutende Empfindung schwindet schnell mit dem Verdunsten des Chloroforms. Die Klebkraft der M.-L. ist erstaunlich und macht sie daher ganz besonders für Streckverbände usw. geeignet. Hier fallen dann alle die Hautreizungen fort, die wir gelegentlich trotz der allerbesten Pflasterarten bei empfindlicher Epidermis immer wieder erleben, wenn das Pflaster einmal nicht mehr ganz frisch war. Wie gut die Klebkraft der Lösung ist, ersah ich besonders an einem Fall von Parotististel, an deren Schliessung sich diverse ärztliche Kräfte versucht hatten. Sie heilte ohne grösseren chirurgischen Eingriff durch einfache Tamponade mit M.-Verklebung und 24stündiger Unterlassung jeder Bewegung im Kiefergelenk überraschend schnell. An die Finger des Arztes geratenen Klebstoff entfernt ein kurzes Ueberwischen mit einem Aetherbausch. Die Kollegen finden bei der M.-L. der genannten Fabrik (100 g zu 2 Mk., die verhältnismässig lange vorhält) eine kurze, bei der Einfachheit der Anwendung fast überflüssige Gebrauchsanweisung, wonach sie einige Erfahrungen sammeln und sich an der Schnelligkeit, Billigkeit und Zweckmässigkeit der M.-Verbände werden erfreuen können. Auch an der Billigkeit! Bei dem fortwährenden Steigen aller Preise für Verbandmaterial, insbesondere für Binden, könnte ich es den Krankenkassen nicht verargen, wenn sie bald einen leisen Druck auf die Anwendung dieser billigen Verbände ausübten.“

(Medico 1909 Nr. 51.)

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

Natürlicher Mineralbrunnen



KÖNIGL.
Natürliches Mineralwasser
FACHINGEN

aus dem
**Königl. Mineralbrunnen
zu Fachingen**
(Regierungs-Bezirk Wiesbaden.)

Weltberühmtes Diätet. Tafelgetränk

im täglichen Gebrauch der hervor-
ragendsten Professoren und Aerzte.

Als durststillendes und erfrischendes
Getränk besonders geeignet bei
Infektions-Krankheiten.

Von heilwirkendem Einfluss bei:

**Gicht, Harnries, Nieren-
und Blasensteinen,**

Diabetes mellitus,

Arteriosklerose zur Erhöhung der
Blutalkaleszenz und der Viskosität des
Blutes,

Magen- u. Darmkrankheiten,
besonders **Hyperaciditas,**

Magengeschwüren,

Dünn- u. Dickdarmkatarrhen,
Leberkrankheiten, Katarrhen
der **Gallenwege.**

Prophylaktisch bei Neigung
zu **Cholelithiasis,**

akuter und chron. Nephritis,
Blasenkrankheiten.

Unter strengster Kontrolle der Königl. Staatsregierung in rein
natürlichem Zustande gefüllt.

Aerzten zum eigenen Gebrauch Vorzugspreise.

Literatur auf Verlangen durch die **Brunnen-Inspektion zu Fachingen**
(Reg.-Bez. Wiesbaden).

Weil er erfahrungsgemäss keinerlei Nebenwirkungen

zur Folge hat und zugleich angenehm milden Wohlgeschmack besitzt, ist Kathreiners Malzkaffee in allen Krankheitsfällen ein empfehlenswertes Getränk. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Ärzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

„Siccator“

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50.

Zu haben bei:

Hermann Katsch, München, Bayerstr. 25.

Asthmainhalations- Zerstäubungsmittel

nach Apotheker **Schoellkopf,**

ärztlich anerkannt und bestens empfohlen

bei asthmatischem Katarrh u. Asthma-Anfällen, Emphysem,
Asthma infolge Heuschnupfen und Krampfhusten.

Das zuverlässigste existierende Asthmamittel. Original-Packung Mk. 7.50;
kleine (Probe-) Packung Mk. 3.—; vorzügliche Spray-Apparate Mk. 7.50.

Literatur kostenlos. Zu beziehen durch das

Chemisch-pharmazeut. Laboratorium „Bavaria“, München

Digitized by Google

Apotheker **R. Schoellkopf.**

Original from

UNIVERSITY OF MICHIGAN

Eisentropon

Kraftnahrung mit Eisengehalt für
Blutarme, Bleichsüchtige, Nervöse
— und schwache Kinder. —
Außerordentlich wohlschmeckend.

== Auch in Tablettenform erhältlich. ==

Literatur und Proben kostenfrei durch
Troponwerke Mülheim-Rhein.



Warum **Kaisers Kindermehl**
eignet sich
für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis
 $\frac{1}{4}$ kg-Dose 65 ¢

Proben gratis
 $\frac{1}{2}$ kg-Dose 1.25.

Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

Dr. Walther Koch's „Praevalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer
und Balsam, peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung
und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie
und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-
robrierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur
auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Ge-
brauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik
in Döhren bei Hannover.

Deutsch-Südtirol

Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt.

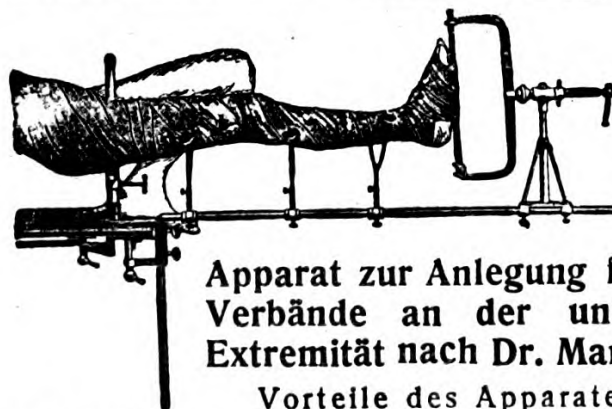
Lenicet

Euvaselin

Bleno-Lenicet-Salben

Dr. R. Reiss'
Lenicet- u.
Euvaselinfabrik
Charlottenburg 4

schwerlös-
essigsäure
Tonerde
in
Streupulvern,
Salben,
Chirurgie
Dermatolog.
Ophthalmolog.
Gynaecolog.



**Apparat zur Anlegung fester
Verbände an der unteren
Extremität nach Dr. Manasse**

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Operation von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
 2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
 3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
 4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.
- Preis Mk. 120.—.** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom
Fabrikanten Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowstr. 18/19,
Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.

Neuheit!

D. R. P. Nr. 193 523.

D. R. G. M. Nr. 329 682.

vergl.
„Zentralblatt
für
Chirurgie“
Nr. 18,
1908.

ohne
ärztliche
Assistenz.

Aus dem Quellniederschlage der Schwefelquellen des Königl. Bades Nenndorf, aus neutraler Seife und Lanolin, wird durch Pillieren hergestellt die überfettete

Nenndorfer Schwefelseife

Bestes kosmetisches Mittel bei unreiner Haut, Heilmittel bei nässenden und trockenen Ausschlägen und Flechten, Psoriasis vulgaris, Sykosis, Pruritus, Furunculosis etc. etc.

Nenndorfer Mundwasser

ist gegen Stomatitis das wirksamste, angenehmste und billigste Mittel zur gründlichen Pflege des Mundes und der Zähne.

Zu haben in den Apoth., ev. durch Apoth. A. Jacobi, Bad Nenndorf b. Hannover.

**Laxin
Confect**

Original Dose (20 Stück) 1-Mark

Proben und Literatur gratis.
Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.

**Abführende
Fruchtpasten**

von höchstem Wohlgeschmack und sicherer, milder Wirkung.

Prof. Dr.
Soxhlet's

Nährpräparate:

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulverform in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu 1,50 Mk.

Nährzucker-Kakao in Dosen von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt zu 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt 1,80 Mk.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von $\frac{1}{2}$ kg Inhalt 2,— Mk.

Leicht verdauliche Eisenpräparate,

klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.

Den H. H. Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H.
in Passing bei München.

Albin

Hydrozon (H₂O₂) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, Alveolarpyorrhoe und bei foetor ex ore.

Angenehm und erfrischend im Geschmack.

! Jetzt in weicher Consistenz !
Grosse Tube (ca. 80 Port.) Mk. 1.—
Kleine " (" 30 ") " 0.60

Lactagol

Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten, Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

Alleinige Inseraten-Annahme:

A. Friedr. Hedtke, Berlin-Schöneberg, Hohenfriedbergstr. 17.

Original from

UNIVERSITY OF MICHIGAN

XIX.
Jahrgang.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

Einzelpreis 45 Pf.

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—
zuzüglich Porto.¹⁾

№ 10.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.

Inhalts-Verzeichnis:

Alopecia. — Anämie, Chlorose. — Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. —
Augenentzündungen. — Blutungen. — Diabetes. — Intoxikationen. —
Magen- und Darmaffektionen. — Mastitis. — Rhinitis. — Schwanger-
schaft, Geburt, Wochenbett. — Syphilis. — Tuberkulose. — Ulcus molle. —
Vermischtes — Bücherschau.

Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzenweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. = Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2—6 Tabletten täglich. = Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzenweiß gebundenes J = Literatur und Proben kostenfrei.

Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
Elberfeld-Leverkusen a. Rh.

Spirosal

farb- und geruchloser Ester der Salicylsäure für äusserlichen Gebrauch.

Frei von jeglicher Reizwirkung auf die Haut.
Günstigste Resorptionsverhältnisse.
Prompte Wirkung.

Ind.: akuter und chronischer Gelenk- und Muskelrheumatismus.

Man verschreibe:

Spirosal-Lösung-Bayer

Originalflacon M. 1.—. * Bei zahlreichen Krankenkassen zugelassen!

Nach Versuchen

in einer bekannten Universitätsklinik führt der Gebrauch des Mineralwassers der „Kaiser Friedrich Quelle, Offenbach a. M.“, vermehrte Ausscheidung von Ur und Xanthinbasen sowie Erhöhung des Lösungsvermögens von Ur herbei. Damit ist die wissenschaftliche Basis für die anerkannt vorzügliche Wirkung der „Kaiser Friedrich Quelle“ bei harnsaurer Diathese gegeben.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.

Das Problem der rationellen Phosphorthherapie ist erst durch die Entdeckung des Phytin gelöst worden.

PHYTIN

Stoffwechsel und Appetit anregend, blutbildend, das Körpergewicht erhöhend, Nerven stärkend.

Natürliches Kräftigungsmittel.

Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze.

Aus Pflanzensamen hergestelltes, vollständig definiertes organisches Phosphorprinzip. Enthält 22,8 % organisch gebundenen Phosphor in vollkommen assimilierbarer Form.

Rp. 1 Originalschachtel Phytin-Kapseln M. 3,—.

PHYTIN LIQUIDUM. Für weniger Bemittelte u. Kassenpatienten.
Rp. PHYTIN liq. 1 Originalglas (zirka 6 Tage reichend) M. 1,20.

FORTOSSAN. Phytin-Milchzucker-Präparat für Säuglinge und Kinder unter 2 Jahren.

CHININPHYTIN vereinigt die spezifische Chininwirkung mit der roborierenden des Phytin. ::

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz der versendeten natürlichen Mineralwasser.

Dr. Sandow's medizinische Brausesalze ^{zu} Trinkkuren.

Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

Dr. Ernst Sandow's Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensäure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20, 30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarthal. u. entzündl. Augenerkrankungen, sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.

Xeroform

Völlig ungiftiges Wundstreupulver.

Reizlos, sterilisierbar, austrocknend, kräftiges Desodorans
und von großer epithelbildender Kraft.

Vermindert die Bildung von Wundsekreten und verringert
dadurch die Infektionsgefahr.

Hervorragend geeignet für Trockenverband.

Seltener Verbandwechsel.

Spezifikum bei **nässenden Ekzemen, Ulcus cruris,
Brandwunden.**

Collargol

wirksam und unschädlich

bei **Infektionen**

des **Auges**

Conjunctivitis, Ophthalmia neon., Keratitis, Ulcus.
corneae;

der **Nasenrachenhöhle**

Stomatitis, Nebenhöhleneiterung;

des **Ohres**

Mittelohreiterung;

des **Urogenitalsystems**

Cystitis, Pyelitis, Gonorrhöe, Endometritis;

bei **infizierten Wunden.**

Anwendungsweise: Pinselungen, Dauerinjektionen, Instillationen, Tam-
pons, Stäbchen, Globuli etc.

(1—5 %ige Lösung, 5—15 %ige Salbe.)

Ichthynat

Wie **Ichthyol** aus Tiroler Fischkohle, aber **viel billiger.**
Anzuwenden wie Ichthyol.

Proben und Literatur kostenfrei.

**Chemische Fabrik von Heyden,
Radebeul-Dresden.**

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Jul

XIX. Jahrgang

1910

Alopecia. Bei **Alopecia pityrodes** wird folgende Ordination empfohlen:

Rp. Resorcin. 4,0
β-Naphthol. 2,0
Chloral. hydr. 8,0
Tinct. cantharid. 15,0
Tinct. Capsic.
Ol. Ricin. aa 4,0
Spirit. Lavand. 120,0
Spirit. Rosmarin. ad 500,0.

(Pharmaz. Post 1909 Nr. 38.)

— **Zur Verhütung des Haarausfalls.** Von Prof. Kromayer (Berlin). Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Zur Verhütung des gewöhnlichen Haarausfalls ist eine systematische Reinigung der Kopfhaut von frühester Jugend an notwendig.

2. Diese Reinigung kann in rationeller und bequemer Weise mittels des Haarglittels und geeigneter Flüssigkeiten von der betreffenden Person selbst vorgenommen werden.

3. Wie die Zahnbürste verdient auch die Kopfhautbürste, der Haarglittel, ein allgemeiner Gebrauchsartikel zu werden.

Von seinen speziellen Ausführungen sei Folgendes wiedergegeben:

„Das Problem, die Kopfhaut bei langem Haare bequem reinigen zu können, hat mich viele Jahre beschäftigt, und ich bin schliesslich zur Konstruktion einer *Kopfhautbürste* gelangt, die von der betreffenden Person selbst zwischen

den Haaren hindurchgeführt werden kann, durch die Haare hindurchgleitet und deshalb den Namen ‚Glittel‘*) erhalten hat. Der Glittel besteht aus einem etwa 20 cm langen, leicht gebogenen Stab aus Hartgummi, der an dem einen Ende einen Ausschnitt trägt zur Aufnahme des länglichen Wolltampons oder ‚Kokons‘. Der Wollkokon, mit einer geeigneten Flüssigkeit durchtränkt, nimmt beim Reiben auf der Kopfhaut Schuppen, Sekret, Staub in sich auf, reinigt also die Kopfhaut in bequemer und die Haare selbst schonender Weise. Welche Flüssigkeit dafür die beste ist, kann fraglich sein und hängt von den Verhältnissen des Einzelfalles ab. Bei nicht sehr fettiger Haut ist ein alkalischer Spiritus etwa von folgender Zusammensetzung sehr geeignet:

Natr. bicarbon. 1,5

Spirit. vini

Aq. dest. aa 80,0

Spirit. colon. 20,0

Glycer.

Ol. ricin. aa 1,0—5,0.

Vor dem Gebrauch umzuschütteln.

Das Natron verseift sich beim Gebrauch mit den Fetten der Kopfhaut und bewirkt ein leichtes Schäumen der Flüssigkeit, das zur Reinigung beiträgt. Noch energischer wirken natürlich die direkt fettlösenden Flüssigkeiten: Alkohol, Terpentin, Xylol, Benzin, Petroleum, Aeton und das in Aerztekreisen noch wenig bekannte ‚Carbon tetrachloratum‘, welches den Vorzug hat, nicht zu brennen und Vaseline zu lösen. Allen diesen Flüssigkeiten ist zum Gebrauch ein wenig Fett hinzuzusetzen, z. B.:

Ol. Paraffin. 2,0—5,0

Benzin. rect. ad 100,0

oder

Vasel. alb. amer. (Cheesebrough) 2,0—5,0

Carbon. tetrachlorati. puriss. ad 100,0.

Bei erkrankter Haut sind diese fettlösenden Flüssigkeiten nur mit Vorsicht anzuwenden, da sie alsdann eben zufolge der intensiven Entfettung reizend wirken können. Die Reinigung der Kopfhaut mittels des Glittels beansprucht etwa zehn Minuten. Eine zwei- bis dreimalige

*) Der einfache Apparat wird von Kopp u. Joseph, Berlin, Potsdamerstrasse, in den Handel gebracht. Preis 1.50 Mk.

Reinigung in der Woche genügt in den meisten Fällen. Welch grosse Bedeutung die Reinigung der Kopfhaut auch dann noch hat, wenn die Krankheit und der Haarausfall sich schon entwickelt haben, zeigt die seinerzeit so grosses Aufsehen erregende Lassarsche Haarkur. Bis dahin schmierte man alle möglichen — an sich vielleicht recht guten — Salben und Haarwässer in die Kopfhaut und liess allen Schmutz darauf. Durch die Lassarsche Haarkur — deren wirksames Moment das Reinigen der Kopfhaut durch das Champonieren und nachträgliches Einfetten mittels Salizylöl ist — wurde darin Wandel geschaffen, die Kopfhaut wurde wenigstens sauber. Und das ist sicher ein grosses Verdienst Lassars. Bei wenig vorgerücktem Krankheitszustand und lange Zeit fortgesetzter Kur können sogar Heilungen mit der Lassarschen Kur erreicht werden. In der Mehrzahl der Fälle treten allerdings nur während des Gebrauches der Kur Besserungen ein, und sobald das sehr umständliche Verfahren eingestellt wird, stellt sich auch prompt das Rezidiv ein. Lassar erkannte nicht, dass bei vorgerückten Fällen — und das sind die meisten, die ärztliche Hilfe aufsuchen — eben schon die ganze Kopfhaut entzündlich erkrankt ist und dass mit dem Reinigen der Kopfhaut diese Entzündung nicht mehr zu beseitigen ist. Sie ist selbständig geworden und neigt leider, wie die Erfahrung lehrt, nicht zur Selbstheilung. Wie beim chronischen Ekzem bedürfen wir der medikamentösen Einwirkung durch die Gruppe der reduzierenden Mittel, vor allem des Schwefels und des Teers und seiner Derivate. Die Wirkung dieser Mittel zu kombinieren mit den Prinzipien der Reinhaltung des Kopfes, ist die Aufgabe des Arztes. Und zwar so zu kombinieren, dass nicht ein umfangreicher therapeutischer Apparat daraus wird, sondern so, dass die Pat. die Massnahmen selber und bequem anwenden können. Denn die *Pytiriasis capitis* ist eine chronische Krankheit und verlangt eine lange chronische Behandlung, die nur dann möglich ist, wenn sie einfach ist. Auch für diese Behandlung leistet die Kopfhautbürste, der Glittel, als Arzneimittel — und Fettträger die trefflichsten Dienste. Der Glittel hat sich seit einer Reihe von Jahren in meiner Privatpraxis ausgezeichnet bewährt. Seine Hauptanwendung liegt aber nicht auf ärztlichem, sondern auf hygienischem Gebiet zur Reinigung der Kopfhaut. Er verdient, wie die Zahnbürste zur Verhütung der Karies, ein gewöhnlicher Gebrauchsartikel zu werden zur Verhütung der Kopfhauterkrankungen und

des Haarausfalls. Für diesen kulturellen Fortschritt muss allerdings erst das Verständnis des Publikums geweckt werden. Heutzutage denken die meisten Menschen erst an ihre Kopfhaut, wenn der Haarausfall bemerklich wird. Zehn Jahre früher hätten sie mit der hygienischen Behandlung beginnen, oder vielmehr sie hätten überhaupt von Kindheit an die Kopfhaut in rationeller Weise sauber halten sollen.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 20.)

Anämie, Chlorose. Zur Arsentherapie mit der Dürkheimer Maxquelle.

Von Dr. L. Katzenstein (Wiesbaden). Bei Anämien und allen anderen Affektionen, wo Arsen wirksam ist, wird man, wie diese Abhandlung zeigt, mit Erfolg sich der Dürkheimer Maxquelle bedienen können. Autor sagt: „Wir haben schon lange nach einem Arsenwasser gesucht, das sich durch hohen Arsengehalt und geringen Eisengehalt auszeichnet. Dasselbe ist in der Dürkheimer Maxquelle gefunden worden. Die Maxquelle ist ein arsenhaltiger, warmer erdmuriatischer Kochsalzsäuerling, der 1857 zuerst von Bunsen und Kirchhoff analysiert wurde, die zwar bei dieser Gelegenheit die Entdeckung des Rubidium und Cäsium machten, aber das Arsen nicht fanden. Erst 1906 fand Ebler-Heidelberg Arsen in der Maxquelle, und zwar die grosse Menge von 17,35 mg arseniger Säure (As_2O_3) im Liter, neben 13,36 g Kochsalz und nur 0,00365 Fe_2O_3 . Zum Vergleich sei gesagt, dass nur Roncegno mehr As_2O_3 , nämlich 42,6 mg bei der grossen Menge von 3,0 g Eisensulfat enthält, dagegen Levico nur 6,0, Guberquelle nur 6,0 und Val Sinestra nur 3,7 mg As_2O_3 . Die mit der Dürkheimer Maxquelle von Brenner, von der Velden, von Noorden, Kaufmann-Dürkheim, Neisser und anderen angestellten experimentellen und klinischen Untersuchungen ergaben folgende Resultate: Es wurde neben einer Hebung des Allgemeinbefindens und dem Schwinden subjektiver Beschwerden eine Erhöhung des Hämoglobingehaltes — z. B. von 48 auf 70, von 40 auf 68, von 24 auf 54, von 55 auf 90% —, eine Vermehrung der roten Blutkörperchen bis um zwei Millionen, eine Verminderung des antitryptischen Ferments des Blutes (Brenner), eine Erhöhung des Körpergewichts bis um 5 kg in sechs Wochen, eine Beseitigung bestehender Obstipation der Blutarmen und eine spezifische Einwirkung auf viele Dermatosen erreicht. Besonders wichtig ist auch die leicht abführende Wirkung der Maxquelle, im Gegensatz zu anderen Blutmitteln, die meist Obstipationen her-

beiführen. Diese Wirkung ist eine Folge des Kochsalzgehaltes der Quelle, die, wie Brenner durch das Tierexperiment nachwies, die Magensaftsekretion, die Motilität des Magens und die Peristaltik des Darms anregt. Wahrscheinlich ist neben der Eisenfreiheit auch der Kochsalzgehalt der Maxquelle daran schuld, dass das Wasser nach dem einstimmigen Urteil aller Autoren ausgezeichnet vertragen wird und fast nie irgendwelche Beschwerden von seiten des Verdauungstraktes hervorruft. Nicht nur Kinder vertragen es vorzüglich nach dem Urteil von Kaufmann, der es in 800 Fällen bei Kindern von 4—16 Jahren anwandte, sondern es zeigten auch einige Erwachsene, die es entgegen der Vorschrift nüchtern bis zu einem Liter täglich tranken, keinerlei Beschwerden. Diese gute Bekömmlichkeit und der hohe Arsengehalt ermöglichen es uns also, dem Körper grosse Mengen Arsen in unschädlicher Form zuzuführen und so eine kräftige Arsenwirkung zu erreichen. Die Maxquelle wird in steigender Dosis genommen, und zwar so, dass man mit 50 ccm täglich beginnt und täglich um 25 ccm steigt bis zu einer Höchstdosis von 300 ccm, bei dieser etwa drei Wochen verbleibt und dann wieder in gleicher Weise rückwärts geht; bei Kindern beginnt man mit 10—20 ccm und geht bis zu 30—60 ccm. Diese Dosen werden in drei Portionen geteilt und nach dem Essen eingenommen. Der Geschmack des Wassers ist ein leicht salziger und bedeutend angenehmer als bei anderen Arsenwässern. Die überaus günstigen therapeutischen Erfolge, die allgemein bei der Anwendung der Dürkheimer Maxquelle erreicht wurden, möchte ich auf die hohen Arsendosen zurückführen, die dabei den Pat. zugeführt wurden. Ich will an einer Tabelle zeigen, dass die Maxquelle auch nach dieser Richtung hin eine souveräne Stellung unter den Arsenwässern einnimmt. Es werden in sechs Wochen an arseniger Säure eingenommen bei Gebrauch von:

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. Dürkheimer Maxquelle . . . | 173,0 mg As_2O_3 |
| (Schema nach v. d. Velden.) | |
| 2. Val Sinestra | 107,3 " " |
| (Schema nach Glax, Balneotherapie, bei gleichbleibender Menge von 700 ccm täglich.) | |
| 3. Roncegno | 80,9 " " |
| (Bei einer Menge von drei Esslöffeln täglich im Durchschnitt.) | |

4. Guberquelle 16,38 mg As_2O_3
(Nach Glax, Balneotherapie.)
5. Levico 10,3 „ „
(Schema IV für erwachsene
Pat. von guter Verdauung nach
Dr. Liermberger, Levico.)
6. Levico 6,4 „ „
(Schema III für erwachsene
schwächliche Pat.)

In Anbetracht dieser Tatsachen darf man wohl die Dürkheimer Maxquelle ein Arsenwasser von idealen Eigenschaften nennen, das wohl berechtigt ist, schnell in unseren Arzneischatz aufgenommen zu werden.“

(Die Therapie der Gegenwart, April 1910.)

- **Roborin**, Calcium haemalbuminatum, das von den Deutschen Roborinwerken in Berlin hergestellte Blutpräparat, hat Dr. E. Frey (Berlin) bei A., Skrofulose usw. mit bestem Erfolge angewandt. Es wirkte schnell und sicher und zeichnet sich durch Billigkeit aus.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1910 Nr. 20.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. Therapeutische

Erfahrungen mit Novojodin. Von Dr. E. L. Fieber (II. chirurg. Abteilung der k. k. Rudolfstiftung in Wien). „Wer sich eine Reihe von Jahren hindurch systematisch mit Wundbehandlung beschäftigt hat, durch dessen Hände sind wohl die meisten der heutzutage gebräuchlichen Antiseptika, Ersatzmittel des Jodoforms, gegangen, deren der chirurgische Arzneischatz eine stattliche Anzahl besitzt, ohne dass eines derselben durch überragende Eigenschaften sich eine beherrschende Stellung erworben hätte. Im Gegenteil sind es altbewährte Mittel, wie Perubalsam, Wasserstoffsuperoxyd, Jodtinktur, welche in neuer Zeit wieder zu hohen Ehren kamen, und die kein moderner Chirurg in der Wundbehandlung entbehren möchte. Da war es nun für uns erfreulich, in dem der Abteilung von der ‚Chemischen Fabrik Dr. R. Scheuble und Dr. A. Hochstetter‘ in grösseren Versuchsquanten zur Verfügung gestellten neuen Präparat ‚Novojodin‘ ein Mittel kennen zu lernen, von dessen trefflichen Eigenschaften wir uns in mehrmonatiger prüfender Anwendung überzeugen konnten. Dasselbe wurde in der Behandlung mehrerer Hundert ambulanter und bettlägeriger Pat. verwendet, so dass die

beträchtliche Zahl unserer Beobachtungen auch allgemeine Schlüsse auf die Brauchbarkeit des neuen Arzneistoffes zu rechtfertigen vermag. Die Eigenschaften desselben lassen sich im folgenden zusammenfassen. Der geschützte Name ‚Novojodin‘ bedeutet ein Präparat, dessen wesentliche Bestandteile Jod und Formaldehyd — beides sehr bewährte Antiseptika — in ein chemisches Kondensationsprodukt Hexamethylentetramindijodid (CHNJ) vereinigt sind, dem aus Gründen der praktischen Anwendung das indifferente Talkum im Verhältnis von 50% zugesetzt ist. Es stellt ein lockeres, hellbraunes, völlig geruchloses Pulver von feinsten amorpher Struktur dar, das in allen medizinisch gebräuchlichen Lösungsmitteln fast unlöslich ist, sich aber leicht mit den verschiedensten liquiden Substanzen, wie Oliven- und Paraffinöl, Glycerin und Kollodium zu 10- bis 20%igen, nur langsam sedimentierenden Suspensionen vereinigen lässt. Es ist im trockenen Zustand auch bei Luftzutritt bis zu einer Temperatur von ca. 80°C . völlig haltbar, kann somit — falls überhaupt eine besondere Sterilisation des Präparates für erforderlich gehalten wird — nur der sogenannten fraktionierten Sterilisation ausgesetzt werden, bei welcher die mehrmals angewendete Temperaturerhöhung nicht über $70\text{--}80^{\circ}\text{C}$. hinausgehen darf. Uebrigens wird das Novojodin, bereits in dieser Weise vorbehandelt, in Verkehr gebracht. Seine stark bakteriziden Eigenschaften wurden durch Versuchsreihen, welche die Wachstumshemmung gewöhnlicher Eiterkokken und verschiedener anderer Bakterien durch das Mittel in entsprechender Verdünnung betrafen, exakt erwiesen und erscheinen schon aus der Natur der Spaltungsprodukte, Jod und Formaldehyd, begreiflich. Schliesslich bleibt noch von wichtigen Eigenschaften des Novojodins seine Ungiftigkeit auch in grösserer Menge und bei längerer Anwendung, sowie die gut desodorisierende und stark austrocknende Wirkung zu erwähnen. Unerwünschte Reizungen haben wir nie beobachtet. Am meisten wurde das neue Mittel in Form der Verbandgaze und des Streupulvers verwendet, für welche beiden Anwendungsarten das reichliche Material der Abteilung an infizierten Verletzungen und eiternden Wunden jeglicher Herkunft sich als besonders geeignet erwies. Granulierende Wundflächen nach Karbunkel- und Phlegmoneninzisionen, Dekubitalgeschwüren und zerfallende Tumoren wurden stets günstig beeinflusst und heilten, bezw. reinigten sich rasch. Besonders fiel die gute Wirkung auf eine durch Pferdebiss entstandene

und mit anaerober Infektion komplizierte Unterarmwunde bei einem schwer septischen Pat. auf. Auch Wunden der Mundhöhle, wie nach Operation eines ausgedehnten Zungenkarzinoms mit teilweisem Mundhöhlenbodendefekt, zeigten überraschend gute Heilungstendenz; desgleichen erwies sich die Gaze als geeignetes Tamponademittel für den Nasenrachenraum und für Wunden des Rektums nach Hämorrhoiden- und Fisteloperationen, bei welchen Prozessen, wie auch bei Fissuren Novojodinstäbchen und -Suppositorien zur passenden Anwendung kamen. Die austrocknende Kraft des Mittels erwies schlagend ihre prompte Wirkung bei nässenden Ekzemen, bei Vorbehandlung grösserer Granulationsflächen für Thiersch'sche Transplantation, sowie bei der erwünschten Mumifikation der Gangrän verfallener Extremitätenteile. Die Emulsion liess sich ähnlich dem Perubalsam in der Nachbehandlung von eiternden Höhlenwunden wie bei Thoraxempyemen und appendizitischen Abszessen gut verwenden; auch bei geschlossenen tuberkulösen Prozessen haben wir dieselbe in Konkurrenz mit der Jodtinkturbehandlung mit gutem Erfolg versucht. Erfahrungen mit einer Anwendung des Novojodins als Knochenplombe liegen unsererseits nicht vor, da die Beschaffenheit unserer Fälle von chirurgischer Tuberkulose gewöhnlich konservative Eingriffe ausschliesst und wir für die restliche kleine Zahl bei der alten Technik der Jodoformplombe verblieben sind. Aus diesen, wenn auch allgemein gehaltenen, therapeutischen Bemerkungen möge ersehen werden, dass wir in dem neuen Mittel einen sehr brauchbaren Ersatz des Jodoforms kennen gelernt haben, dessen Billigkeit nicht zuletzt eine für den Massenverbrauch in Spitälern sehr zu schätzende Eigenschaft ist.“

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 19.)

- **Euskol.** Von Dr. Piorkowski (Berlin): „Die Euskol-Räucherbriketts sind nach einem neueren patentierten Verfahren hergestellt und dienen zur feineren Verteilung von besonders für die Behandlung der Atmungsorgane bestimmten Heil- und Desinfektionsstoffen in der Luft. Sie werden für die jeweiligen Bedarfsfälle in verschiedenen Zusammensetzungen hergestellt. Der Hauptsache nach bestehen sie aus sehr feingepulverten Kiefer- resp. Wachholdernadeln, deren natürlichem Ameisensäuregehalt durch ein besonderes Verfahren noch ein 2,34%iger Gehalt von Ameisensäure und Formaldehyd addiert ist. Sie sind durch Zusatz von Menthol, Mentha, Eukalyptol usw. den Bedürfnissen von

Menschen und Tieren noch besser angepasst worden. Es war mir Gelegenheit gegeben, eine grosse Reihe von Versuchen mit diesen Euskol-Briketts anzustellen, wie solche auch von anderen Seiten ausgeführt worden sind, und ich bin daher in der Lage, nähere Details zu bringen. Im allgemeinen wurden die Versuche derart vorgenommen, wie sie den realen Verhältnissen am besten entsprachen. Es wurden demnach die verschiedenen Briketts in verschieden grossen Räumlichkeiten, in denen auf Seidenfäden haftende Bakterien, wie Eitererreger (Staphylokokken und Streptokokken), Diphtherie-, Influenza- und Typhusbakterien, verteilt waren, zum Verdampfen gebracht. Die Seidenfäden eignen sich besonders gut für solche Versuche, da die Bakterien hier in feinsten Suspension aufgetragen und meist in sehr dichten Mengen angesammelt sind. Es wurden natürlich nur lebensfähige, d. h. 24 Stunden lang dem Temperaturoptimum von 37° C. auf den geeignetsten Nährboden ausgesetzt gewesene Mikroben verwendet. Weiter wurde aber auch Sekret, das von Schnupfen- und Keuchhustenpatienten stammte und in dem bakteriologisch Streptokokken resp. die spezifischen Erreger der Keuchhusten nachgewiesen waren, den Euskoldämpfen ausgesetzt. Die Resultate waren allgemein recht günstige. Ganz besonders energisch wurden Streptokokken in kurzer Zeit abgetötet. Influenza- und Diphtheriebazillen wurden zunächst in der Entwicklung gehemmt, um später gleichfalls abgetötet zu werden, und auch Staphylokokken wie Typhusbakterien wurden wesentlich in ihrem Wachstum beeinträchtigt. Mit anderen Worten — es wurden durch die Räucherungen die Bedingungen für das weitere Fortkommen der Bakterien wesentlich verschlechtert. Dabei war zu beobachten, dass die Desinfektionskraft nach der Anzahl der Briketts und der Grösse der Räumlichkeiten variierte. In gleicher Weise wurden Keuchhusten- und Schnupfenbakterien beeinflusst. Am auffallendsten waren die Wirkungen bei Zimmerräucherungen zu konstatieren. In einem Zimmer, in dem durch Versuche mittels Gelatineplatten die vorhandene Keimzahl auf 6500 festgestellt werden konnte, waren nach einer zweistündigen Räucherung nur noch 14 Stück vorhanden, ein Beweis dafür, wie vernichtend die Euskoldämpfe wirkten. Dabei sind sie für den Organismus nicht schädlich, denn eine Anzahl kleinerer Tiere, die während der Räucherungen im Zimmer gehalten waren, wie Meerschweinchen und Kaninchen, blieben munter und zeigten keine Beschwerden. Alle diese sehr günstigen Wirkungen sind der geschickten

Kombination von Ameisensäure mit Formaldehyd in den Kiefernadelbriketts zuzuschreiben, die in ihrer Vereinigung stark desinfizierende Wirkungen entfalten. Unterstützt wird der Effekt noch durch die Anwesenheit von ätherischen Oelen, namentlich von Eukalyptol, das neben seinen ozonisierenden Eigenschaften eine fortwährende und nachhaltige Inhalation veranlasst. Rechnen wir dazu die Unschädlichkeit und — last not least — auch die Wohlfeilheit des Euskols, so dürfte seine Prognose für die Zukunft eine günstige sein.“ (Klinisch-therap. Wochenschrift 1910 Nr. 19.)

- **Zu meinem Desinfektionsverfahren der Haut des Operationsfeldes mittels Jodtinktur.** Von Dr. A. Grossich (Fiume): „Die meisten Chirurgen gehen genau nach meinen Angaben vor, einige wenige davon raten jedoch, vor der Anwendung der Jodtinktur die Haut mit Benzin, Alkohol oder Aether zu reinigen. Meine Erfahrung sowie jene der meisten Chirurgen beweisen zum Ueberfluss — gestützt auf Tausende von Fällen — dass die Jodtinktur für sich allein imstande ist, die Haut so herzustellen, dass eine Infektion von ihrer Seite vollkommen ausgeschlossen ist. Das von mir angegebene Verfahren ist einfach, schnell und absolut sicher; die von einigen Seiten angerathenen, früher erwähnten Modifikationen komplizieren also meine Methode ohne Not und ohne Nutzen. Anders verhält es sich mit der Modifikation, welche Dr. G. Hesse in Dresden in diesem Blatte anmeldet. Er wendet statt der offizinellen Jodtinktur eine Verdünnung derselben (200 ccm der offizinellen Jodtinktur 800 ccm Alkohol) an und glaubt, dass auch ich in meinen Publikationen nicht die offizinelle Jodtinktur, sondern eine 10—12%ige Verdünnung derselben gemeint habe. Ich muss dies richtig stellen. Ich habe von Anfang an die hier in Fiume offizinelle 10%ige Jodtinktur unverdünnt angewendet. Es mag sein, dass auch durch eine schwächere Lösung gute Resultate zu erzielen seien, wie Herr Dr. Hesse berichtet; ich selbst habe aber keinen Grund, meine ursprüngliche Methode irgendwie zu modifizieren. Die Angst vor Ekzemen und Dermatitis ist meines Erachtens wohl übertrieben, und zweifellos ist sie mehr aus theoretischen Vorurteilen als aus praktisch beobachteten Tatsachen entsprungen. Jod gehört zwar zu den Reizmitteln der Haut; nur darf man nicht vergessen, dass seine Wirkung in dieser Beziehung sehr mild ist, viel milder z. B. als die mechanische Wirkung der Bürste, wobei die oberflächlichen Epidermisschichten geradezu weg-

gekratzt werden. Tatsächlich sind Hautentzündungen bei der Jodtinkurmethode ungemein seltener als bei der klassischen Präparationsmethode des Operationsgebietes. Sollte sich wirklich eine Ekzembildung oft ereignen, so müsste der Grund anderswo liegen, vielleicht in den überflüssigen Prozeduren, die meiner einfachen Methode angehängt wurden, aber die nicht von mir stammen.“

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 21.)

Augenentzündungen. Zur örtlichen Behandlung der

Iritis. Von Dr. E. H. Oppenheimer, Augenarzt in Berlin: „Die Wichtigkeit der örtlichen Behandlung der Iritis, deren Endzweck die Erhaltung einer runden, verwachsungsfreien Pupille ist, fordert zu einigen Betrachtungen auf, deren Berechtigung mir dadurch gegeben zu sein scheint, dass durch dürftige oder selbst falsche Darstellungen in den üblichen Lehrbüchern irrige Anschauungen unter den Kollegen herrschen. Es ist daher erklärlich, dass jeder Augenarzt nicht selten bereits tagelang behandelte Fälle von Iritis zugewiesen bekommt, die gänzlich ungenügend behandelt wurden und bereits derartige Synechien aufweisen, dass nur in vereinzelten Fällen ein Heilerfolg noch zu erzielen ist. Wird dagegen eine noch so schwere Iritis, und sollte sie acht bis zehn Tage oder länger bestanden haben, sachgemäss behandelt, so ist nach meinen Erfahrungen — ich behandle durchschnittlich mehr als 30 Fälle primärer Iritis im Jahre — eine runde oder schlimmsten Falles bis auf vereinzelte Zacken runde Pupille stets zu erzielen. In allen meinen Fällen ist es noch nie zu einer glaukomatösen Iritis gekommen, dagegen trat einigemal, wohl als Folge der forcierten Behandlung, eine bald verschwindende und ungefährliche Blutung in die Vorderkammer auf. Ein einziges Mal gab es unangenehme Intoxikationserscheinungen (Delirien), da der Pat. sich zuviel des Guten zugemutet hatte, so dass eine Morphiumspritze notwendig wurde. Das souveräne Mittel zur örtlichen Behandlung des Iritis ist bekanntlich das Atropin. Ich habe aber immer das Gefühl, dass der Praktiker eine gewisse Scheu vor dem Mittel hat. Er wendet es entweder viel zu schwach an oder in anderen Fällen dort, wo es keine Berechtigung hat, z. B. bei unschuldigen Fremdkörpern der Hornhaut, bei Bindehautkatarrhen, Blutungen usw. Man sollte sich stets vor Augen halten, dass die Wirkung des Atropins oft 14 Tage anhält, dass man also das Mittel nur in Fällen anwenden

darf, wo es therapeutisch absolut notwendig ist, andernfalls nur dann, wenn es gleichgültig ist, ob die Akkommodationslähmung 14 Tage andauert oder nicht. Dies kann unter Umständen zwar für Bindehautkatarrhe mit starker Reizung zutreffen, muss aber in jedem Falle mit Ueberlegung geschehen. In welcher Konzentration und Form soll nun Atropin verwendet werden? Um in zweifelhaften Fällen sicher zu erkennen, ob hinter der vermeintlichen Conjunctivitis eine Iritis steckt, empfehle ich Anfängern die Einträufelung eines Tropfens einer ganz schwachen Atropin- ($\frac{1}{10}$ oder weniger) Lösung oder einer 1—2%igen Homatropinlösung. Wird die Pupille nach etwa 20 Minuten rund, so fehlt jede Iritis (sofern man nicht Spuren zerrissener Synéchien entdeckt). Bei vorhandener Iritis gibt man eine 1%ige Atropinlösung. (Auch bis zu 3%-Lösungen wurden empfohlen, doch lassen sie weniger gut eine Dosierung in der Behandlung zu.) Eine $\frac{1}{2}$ %ige hat nur bei Säuglingen oder allenfalls ganz kleinen Kindern einen Zweck, speziell zum häuslichen Gebrauch (doch kommt Iritis hier selten in Frage). Die Anwendung eines Atropinkörnchens ist bei Kindern verpönt, bei Erwachsenen kann sie unter den üblichen Kautelen (Verschluss oder Wegziehen der Tränenkanälchen, Schräghalten des Kopfes) als ultimum refugium versucht werden. Tabletten oder Gelatineplättchen wirkten in der üblichen Dosierung wie Tropfen. Bei Kindern und zur Abwechslung, namentlich zum Gebrauch abends, bei sezernierenden Formen oder Ekzemen ziehe ich 1% Atropin als Salbe vor. 2% Kokain wird bei starker Injektion der Atropinlösung zweckmässigerweise beigegeben, damit die Diffusion erleichtert wird, trotzdem die Tropfen dadurch schmerzhaft werden. Auch träufle ich anfangs immer Adrenalin ein, wenn die Erweiterung schwierig ist. Statt Atropin oder auch zur Abwechslung mit diesem gibt man Skopolamin, bei Erwachsenen ohne Schaden in $\frac{1}{2}$ %iger Lösung. Allerdings pflege ich der Vorsicht halber weniger forciert damit umzugehen als mit dem Atropin. Es wäre noch hinzuzufügen, dass der Atropinlösung ein beliebiges schwaches Antiseptikum bei längerem Gebrauch zuzusetzen wäre; ebenso gut ist es aber, die Lösungen öfter zu erneuern.

Art der Anwendung des Atropins. Das beste Mittel nützt nichts, wenn es nicht richtig angewendet wird, und leider pflegt dies hier zuzutreffen. In jedem Fall von Iritis muss sich der Allgemeinarzt sagen: Entweder verzichte ich auf die Behandlung oder ich nehme mir vor, der Pat. geht

nicht eher nach Hause, als bis die Pupille rund ist. Um letzteres zu erreichen, muss allerdings gleich bei der ersten Konsultation alles angewandt werden, um alle oder wenigstens den grösseren Teil der Synechien zu lösen. Man darf erst dann von seinen Bemühungen ablassen, wenn die Gefahr einer schweren Intoxikation ein weiteres Einträufeln verbietet. Vor dieser Gefahr nun haben die meisten Aerzte, wie mir scheint, eine ganz übertriebene Angst. Wenn man beim Auftreten eines trockenen Gefühls im Munde oder Schlund aufhört, Atropin einzuträufeln, dann wird es in den seltensten Fällen gelingen, festere Synechien zu reissen. Manche Pat. klagen schon nach den ersten Tropfen über dieses Symptom, dem wenig Bedeutung beizulegen ist. Man kontrolliere aber den Puls, beachte das Gesicht (Rötung) und höre jedenfalls sofort auf, sowie sich grössere Unregelmässigkeiten zeigen, andernfalls treten bald Symptome von seiten des Zentralnervensystems wie Unruhe, Schlaflosigkeit, Delirien usw. ein, die schwerer zu bekämpfen sind. Bei Kindern zeigt sich leicht Rötung des Gesichts als erstes Zeichen einer Intoxikation, auch Diarrhöen habe ich beobachtet. Natürlich ist je jünger das Kind, desto mehr Vorsicht am Platze. Ich verfare bei Erwachsenen demnach folgendermassen: Alle zehn Minuten träufle ich einen Doppeltropfen Kokain-Atropin ein, d. h. einen Tropfen und nach einer Minute wieder einen, damit das Kokain beim zweiten Tropfen wirken kann. Sowie ich sehe, dass alle Synechien gerissen sind, höre ich mit den Einträufelungen auf und schreibe dann das Mindestmass an Tropfen vor, die der Pat. sich in ähnlicher Weise zu Hause einzuträufeln hat. Auf diese Weise gelingt es zuweilen, bis zu acht bis zehn oder mehr Doppeltropfen einzuträufeln, ehe eine leichte Pulsbeschleunigung oder Gesichtsröte, bisweilen Unruhe oder Schwächegefühl des Pat. vor der weiteren Verabfolgung warnt. Sind bis dahin nicht alle Synechien gerissen, so pflegen sie mit fast absoluter Sicherheit am nächsten Tag zu verschwinden. Je nach der Intensität der Entzündung lasse ich dann von einem nach dem Grad der Intoxikationssymptome festzusetzenden Zeitpunkt an in bestimmten Intervallen Doppeltropfen zu Hause einträufeln, wobei ich den Pat. ermahne, genau die Stunden einzuhalten. Ich verordne also niemals drei- bis fünfmal einen Tropfen täglich, wie das so Sitte ist, sondern stets drei- bis fünfständlich, Tag und Nacht, einen Doppeltropfen. Es ist ein grosser Fehler, wenn bei Augenleiden, die zwischen Tag und Nacht keinen

Unterschied kennen, Tropfen nur ‚am Tage‘ eingeträufelt werden. Der Pat. steht spät auf, geht früh zu Bett und die Einträufelungen häufen sich oft auf zwölf Stunden zusammen. Am Morgen pflegt dann die Entzündung am schlimmsten zu sein, die Synechien, die man tags eventuell gelöst hat, bilden sich wieder in der Nacht aus. (Die Vorschrift ‚stdl.‘ anstatt ‚tgl.‘ gilt ebenso sehr auch für Bindehautentzündungen, zumal Blennorrhöen der Neugeborenen.) Behandelt man in dieser Weise Iritiden das erstemal, wenn die Pat. sich vorstellen — natürlich kostet es Zeit —, verordnet man dazu warme Umschläge, dann wird man die überraschende Erfahrung machen, dass es ausserordentlich wenig Fälle von Iritis gibt, die auch nur mit einer einzigen Synechie abheilen. Dadurch werden spätere Reizungen, vielfach auch Rückfälle, Glaukome und die weiteren Folgen vermieden werden. Dass das hier geschilderte Verfahren aber von den in allen Lehrbüchern gegebenen Darstellungen erheblich abweicht, wird jedermann, der die Lehrbücher daraufhin ansieht oder sich an seine klinische oder Assistentenzeit zurückerinnert, bestätigen. Ist die Pupille einmal rund, dann geht man auf das Mindestmass von Atropin herunter, um eine Wiederverwachsung zu vermeiden, was sehr einfach ist. Oft genügt dann sechs- oder achbstündliches Einträufeln. Sowie das Auge blass, also nicht gereizt erscheint, lässt man ganz allmählich das Atropin weg.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 12.)

- W. Feilchenfeld, **Zur Beurteilung von Misserfolgen des Credéschen Verfahrens bei Neugeborenen.** Die Wirkung der Einträufelung kann einmal ausbleiben; leider wird dann aber oft die Eiterung im Vertrauen auf die sonstige Wirksamkeit des Verfahrens nicht als blennorrhöische angesehen, sondern als Bindehautreizung nach Argent. nitr. Einen solchen Fall beschreibt F. Für die ausbleibende Wirkung der Höllensteinlösung ergab sich als genügender Grund die Tatsache, dass bereits 35 Stunden ante partum die Blase gesprungen, dass die Nabelschnur mehrmals um den Hals geschlungen und dass während der sehr langen Austreibungsperiode die Hebamme öfter mit der Hand eingegangen war, um die Nabelschnur zurückzulagern und zu lockern. Die Infektion ist so möglicherweise bereits nach erfolgtem Blasensprung intra uterum erfolgt, wofür es Analoga in der Literatur gibt, in denen Kinder mit bereits ausgesprochener Blennorrhoe — zuweilen sogar

mit bereits erfolgter Kornealaffektion — geboren wurden. Aber dann kann auch das häufige Eingehen mit der Hand Keime in die Augen gepresst und so eine um so heftigere Infektion verursacht haben. Dass bereits am zweiten Tage die Blennorrhoe auftrat, ist nach F.s eigenen Erfahrungen — wenn auch nicht ausschlaggebend — so doch nicht unwesentlich für die Annahme einer Infektion ante, nicht intra partum. Die meisten Fälle, die F. selbst sah, traten am vierten und fünften Tage auf, manche auch am dritten; auch Koblack behauptet, dass die Blennorrhoe erst fünf Tage nach der Geburt klinisch wahrgenommen werde, während die Hauptstatistik von Uppenkamp allerdings unter 328 Fällen 192 Erkrankungen am dritten, vierten oder fünften Tage und 54 an den beiden ersten Tagen aufweist. Wie viele von diesen Früherkrankungen ähnlich zu erklären sind, wie F. es für seinen Fall annimmt, lässt sich nicht sagen. Dass aber bei erfolgter Infektion während des Inkubationsstadiums oder bei einer durch mechanische Insulte (Handeinführung der Hebamme) komplizierten Infektion eine einmalige Argentumeinträufelung nicht imstande ist, den Prozess aufzuhalten, ist wohl anzunehmen. Beim Auftreten einer Augeneiterung dürfte also — zumal nach vorzeitigem Blasensprung oder langer Austreibungsperiode — trotz erfolgter Argentumeinträufelung post partum eine mikroskopische Untersuchung des Eiters auf Gonokokken in jedem Falle erforderlich sein, damit nicht unter der Diagnose „Argentumreizung“ eine wirkliche Blennorrhoe übersehen werde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr 52.)

- Bei der **Nachbehandlung der Blepharitis ciliaris** empfiehlt Pick (Königsberg) zunächst Umschläge mit Alsol (3%, ein Teelöffel auf ein Glas Wasser), dreimal täglich zehn Minuten. Später, wenn Salben am Platze sind, nehme man — mit der gelben Salbe war P. nie zufrieden — folgende:

Rp. Acid. salicyl. 0,3
Zink. oxyd. 1,0
Vaselin.
Lanolin. aa 5,0.

Rp. Tumenol. 0,3
Zink. oxyd. 1,0
Vaselin.
Lanolin. aa 5,0

event. mit Zusatz von Amyl. tritic. 0,5. Die Salben werden abends, meist jeden zweiten Tag, mittels Glasstabs aufgetragen und mit Wattebäuschchen vertrieben.

(Therap. Monatshefte, April 1910.)

Blutungen. Unerwünschte Ergotinwirkung. Von Professor

Dr. L. Knapp (Prag). Welche Mittel stehen uns zu Gebote, post partum-Blutungen ex atonia im allgemeinen vorzubeugen? Zur definitiven Blutstillung aus dem puerperalen Uterus ist neben der Thrombosierung der durch den Geburtsakt eröffneten Gefässbahnen eine entsprechende Energie der Gebärmuskulatur erforderlich. In erster Hinsicht ist es üblich, den Schwangeren in den letzten Wochen vor der erwarteten Niederkunft behufs Erhöhung der Gerinnbarkeit des Blutes gelatinöse Beikost zu geben: reines Aspik, „Sulzen“ aller Art, Kalbs- und Schweinsbrühe aus leimhaltigen, jugendlichen Knochen; derselbe Effekt wird wiederholten Kochsalzgaben von 5 g zugeschrieben. Zu letzterem Zwecke werden alle gebräuchlichen Ergotinpräparate empfohlen; über die Wirksamkeit des Adrenalins besitzt Autor keine eigenen Erfahrungen. Er selbst verwendet seit einer Reihe von Jahren das Ergotinum dialysatum Golaz, und zwar zu je 30 Tropfen unmittelbar nach dem Blasensprung, die gleiche Dosis unmittelbar nach Ausstossung der Frucht und im Bedarfsfalle nach Abgang der Plazenta. Seine diesbezüglichen Erfahrungen waren bisher durchwegs günstige. Bei Geburten, wo das Ergotin rechtzeitig verabreicht werden konnte, hat Autor keinmal mehr zu anderen Mitteln, als ausser der Massage des Uterus zu heissen Scheidenspülungen, zu greifen gebraucht. Es wurde daher in keinem Falle versäumt, dieses Präparat anzuwenden. Als Zeichen seiner Wirksamkeit waren zumeist kräftige, oft lang anhaltende, zuweilen auch recht schmerzhaft empfundene, Nachwehen zu konstatieren. Wird man letztere subjektive Unannehmlichkeit unbedenklich in Kauf nehmen dürfen, belehrt folgender Fall allzu energischer Ergotinwirkung in der Nachgeburtsperiode über deren mögliche Nachteile und mahnt zu exakter Dosierung: „26jährige II.-para. Vorher ein Abortus (Kürettement), die erste Geburt, unter gewohnter Anwendung des Ergotins ohne Besonderheiten. Bei meiner Ankunft der Kopf bereits in der Schamspalte; rasche Geburt, grosses Kind. Unmittelbar nach beendigter Niederkunft werden, statt wie sonst nur 30, diesmal vorsichtshalber 40 Tropfen des Dialysats, mit Wasser vermischt,

verabreicht. Der Uterus zieht sich sofort energisch zusammen und verharrt in Dauerkontraktion! Dabei beginnt es bald zu bluten, und hält die Blutung, bald stärker, bald schwächer, in schliesslich beängstigendem Masse an. Trotz der spontanen Geburt erschien es naheliegend, zunächst an einen Zervixriss zu denken, und daher angezeigt, daraufhin zu untersuchen. Selbstverständlich war vorher wiederholt versucht worden, die Plazenta zu exprimieren. Alle Versuche in dieser Richtung, lege artis, wie unter vollster Kraftentfaltung angewendet, versagten. Dabei erschien die Portio im Scheideneingang, wodurch das Fehlen eines Zervixrisses augenscheinlich festgestellt werden konnte. Bei jeder Kompression des Fundus uteri trat die Nabelschnurligatur ein kleines Stück tiefer, um sich nach Nachlass ersterer sofort wieder zurückzuziehen. Inzwischen hatte sich ein deutlicher Kontraktionsring unterhalb der im Gebärmuttergrunde festgehaltenen Plazenta ausgeprägt und waren, wie bereits bemerkt, die ersten Anzeichen eines über die Norm hinausgehenden Blutverlustes aufgetreten. Nun gab es wohl keinen anderen Ausweg, als die Nachgeburt manuell zu „lösen“. Rasche, aber gründliche Desinfektion und Eingehen mit der überdies durch einen langen, ausgekochten Garnhandschuh gedeckten Hand in die Scheide, aus der zunächst grosse Blutklumpen entfernt werden. Das Vordringen durch das Collum uteri durch krampfhaftes Striktur des Muttermundes überaus erschwert. Die Plazenta allenthalben frei, jedoch nur unter grosser Mühe durch die enge Passage durchzuleiten. Nachdem dies doch — ohne Anwendung der Narkose, wozu kaum Zeit gewesen wäre, — gelungen, Stillstand der Blutung. Ungestörtes Wochenbett, wiewohl ein am zweiten Tage einsetzender heftiger Schüttelfrost von über einer Stunde Dauer begreiflicherweise vorübergehend Anlass zur Befürchtung einer bei diesem gefährlichen Eingriffe stattgefundenen Infektion gab. Diese Sorge erwies sich glücklicherweise als unbegründet, indem bemerkenswerterweise dieser Zufall mit dem Einschiessen der Milch zusammenhing.“ — Bei einem künftigen Falle wird Autor bei der prompten Wirkung des von ihm stets nur per os verabreichten Präparates die Dosis von 30 Tropfen gewiss nicht mehr überschreiten und diese Gabe vor Ausstossung der Plazenta nur dann wiederholen, falls der Zustand der Gebärmutter dies dringend erheischen würde, um einen derart unbeabsichtigten Effekt, wie in vorstehender Geburtsgeschichte beschrieben, nach Möglichkeit zu vermeiden. (Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 11.)

- **Hautblutungen im Verlaufe von Typhus abdominalis.** Von Dr. A. Huber (Blumenbach in Mähren). Autor hat drei Fälle beobachtet, aus denen er folgende Schlüsse zieht: Hautblutungen können sowohl bei klinisch von vorneherein schweren, als auch bei leicht verlaufenden Fällen von Typhus abdominalis auftreten; sie erscheinen auf der Höhe der Erkrankung und müssen nicht unbedingt mit Darmblutungen kombiniert sein. Als Roseola haemorrhagica können die Hautblutungen nicht angesprochen werden, weder, wenn man unter Roseola haem. das Hämorrhagischwerden gewöhnlicher Roseolen versteht, noch, wenn man die B. als Ersatz der Roseola auffassen wollte; gegen das letztere sprechen insbesondere Form, Grösse und Lokalisation der B. Aetiologisch geht aus Fall II ganz deutlich hervor, dass nicht die Art des Krankheitserregers Ursache der B. sein kann, sondern ein eigentümliches Verhalten des Organismus zu demselben; dieses wird von den Autoren zumeist als hämorrhagische Diathese bezeichnet. Sicher ist, dass Autor bei Kranken, die ihm persönlich bekannt waren, eine solche vorher und (bei II) nachher nicht bestanden hat; sie müsste also während des Typhus selbst zur Entwicklung gelangt und mit demselben verschwunden sein. Bei Stellung der Prognose hat der Arzt nicht ausschliesslich auf die B. zu sehen, sondern auf den ganzen Fall; doch gestalten zahlreiche B. die Prognose ungünstig.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 19.)

- **Die prophylaktische Blutstillung bei Operationen.** Von Privatdozent Dr. R. von den Velden (Oberarzt der medizin. Klinik d. Akademie f. prakt. Medizin zu Düsseldorf): „Mit diesen Zeilen möchte ich die Aufmerksamkeit der chirurgischen Kollegen auf ein Vorgehen lenken, das die Blutungsgefahr während der Operation vermindert. Ich habe durch zahlreiche tierexperimentelle wie klinische Untersuchungen nachweisen können, dass man durch Konzentrationsänderungen des Blutes eine Verbesserung der Blutgerinnungsfähigkeit erzielen kann. Und zwar gelingt dies am stärksten und schnellsten, wenn man durch stoma- chale oder intravenöse Zufuhr von NaCl eine vorübergehende Störung des osmotischen Gleichgewichts des Blutes hervorruft. Es wird bei dem sofort regulatorisch einsetzenden ‚Stoffaustausch‘ zwischen Gewebe und Kreislauf eine gerinnungsbefördernde Substanz, die Thrombokinas, in das Gefässsystem hineingeschwemmt, so dass es zu einer starken Erhöhung der Gerinnungsfähigkeit kommt bei gleichzeitiger

mässiger Hydrämie. Dieser Zustand ist natürlich nur ein passagerer, doch dauert er z. B. nach intravenöser Zufuhr von 3—5 ccm einer sterilen 5%igen NaCl-Lösung etwa 30—50 Minuten an, kann aber durch wiederholte Gaben immer wieder erneuert werden. Der Organismus besitzt also während dieser Zeit die Möglichkeit zu einer bedeutend besseren, kräftigeren Thrombenbildung, vorausgesetzt, dass eine Gefässwandläsion vorhanden ist. Es haben mir ausgedehnte Versuche die absolute Unschädlichkeit dieses Vorgehens gezeigt, das wir bei sämtlichen vorkommenden B. seit zwei Jahren in der Klinik mit bestem Erfolge anwenden. Die Prüfung einer grossen Zahl anderer Hämostyptika ergab, dass die alte Kochsalztherapie in der hier beschriebenen Form die wirksamste Behandlungsart darstellt. Ich möchte mir daher den Vorschlag erlauben, bei Operationen, bei denen man parenchymatöse B. zu erwarten oder es mit einem schlechtgerinnenden Blute (Ikterus, Kachexie, Hämophilie in ihren leichteren, weniger ausgeprägten Formen) zu tun hat, bereits prophylaktisch oder auch nach Bedarf während der Operation intravenös NaCl zu verabreichen, eine Prozedur, die man eventuell nach $\frac{1}{2}$ Stunde oder auch öfters noch in dem gefährlichen Stadium der postoperativen B. zu wiederholen hat. Da, wie gesagt, dieser ganze Eingriff vollkommen ungefährlich ist, sollte man sich in den entsprechenden Fällen dieser Hilfe nicht begeben.“

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 21.)

Diabetes. Ueber Sarton, ein neues Nährpräparat für Zucker-

ranke. Von C. von Noorden (Wien) und Ed. Lampé (Frankfurt a. M.): „Der hohe Gehalt der Sojabohne an Eiweiss (30—35%), der geringe Gehalt an Stärke und an gärungsfähigem Kohlenhydrat (ca. 6%) veranlasste uns, die Bohne bei Diabetikern zu versuchen. Aber die unveränderte Bohne sagte, trotz aller korrigierenden Zusätze, dem europäischen Geschmack nicht zu. Einige Male wird sie zwar von den Diabetikern, die jeder Abwechslung hold sind, gerne genommen; dann wird sie zurückgewiesen. Sie hinterlässt einen unangenehmen, nur langsam schwindenden Nachgeschmack. Ausserdem stellten wir fest, dass die unveränderte Bohne, die Zuckerausscheidung des Diabetikers ungünstig beeinflusst. Schliesslich wurde eine Methode gefunden, die einerseits dem Sojabohnenmehl fast alle Kohlenhydrate entzieht, andererseits die unangenehm schmeckenden Stoffe beseitigt. Da dieses Verfahren viel zu umständlich ist, um im Haushalt durchgeführt zu

werden, übernahmen die Farbenfabriken vorm. Bayer & Co. in Elberfeld die Herstellung im grossen. Das Präparat wurde zunächst in Form eines dicken Pürees hergestellt, das in Blechbüchsen sterilisiert abgegeben wird (ca. 18 bis 19% Trockengehalt, darunter 8—9% Eiweiss). Inzwischen ist es gelungen, die bei Herstellung eines trockenen Pulvers entgegenstehenden Schwierigkeiten zu überwinden, und die Firma teilt uns soeben mit, dass sie es voraussichtlich vorziehen werde, das Präparat in Pulverform abzugeben. Dieses Sojabohnenpüree, von der Fabrik mit dem Namen ‚Sarton‘ belegt, enthält weder Substanzen, die sich mit Lugolscher Lösung bläuen oder röten (Stärke, Erythroextrin), noch enthält der wässrige Auszug mehr als Spuren von reduzierendem und gärungsfähigem Kohlenhydrat. Erst durch Kochen mit verdünnter Salzsäure wird, wie aus den meisten Eiweisskörpern, Zucker abgespalten. Man verwendet das Püree am besten zur Bereitung von Suppen. Man dünstet das Püree mit Butter, dann gibt man Fleischbrühe hinzu und kocht zehn Minuten lang. Salz und andere Gewürze werden nach Belieben hinzugefügt. Für einen Teller Suppe, von angenehm dicker Konsistenz, genügen zirka 80 g des Pürees. Will man die Speise als Beilage zu Fleisch oder Gemüse benützen, so gibt man ihr eine entsprechend stärkere Konzentration. In Aussehen und Geschmack steht die fertige Speise einem aus gewöhnlichen weissen Bohnen bereiteten Gerichte nahe. Der Geschmack ist bei guter Zubereitung ausgezeichnet. Alle Pat. und auch Gesunde nahmen es gern. Natürlich wird man die Sojabohnensuppe dem Diabetiker nicht jeden Tag vorsetzen dürfen, sonst träte bald Ueberdruß ein. Aber ein- bis zweimal die Woche wird es sehr gern genommen und bringt namentlich für die Diabetiker, die nur ungern auf Hülsenfrüchte verzichten, eine sehr willkommene Abwechslung. Ähnlich den Erbsen- und Linsensuppen erlaubt die Sojabohnensuppe auch eine starke Belastung mit Butter und anderen Fetten und dient damit zur Einverleibung hoher Nährwertsummen. Besondere Sorgfalt wurde natürlich der Frage gewidmet, ob das Sojabohnenpüree in seiner jetzigen Form auf die Zuckerproduktion des Diabetikers Einfluss gewinne. Es liegen darüber Erfahrungen an mehr als 100 Diabetikern vor. Im allgemeinen ist die Frage zu verneinen. Bei leichteren Formen von D. lässt es die Zuckerausscheidung völlig unbeeinflusst. In mittelschweren Fällen, wo strenge Diät den Urin gerade zuckerfrei macht, und wo die geringste

Zulage von Stärkemehl Glykosurie nach sich ziehen würde, werden 80—100 g des Pürees gleichfalls gut vertragen. Auch in den noch weiter vorgeschrittenen Fällen, wo neben dem Verzicht auf Kohlenhydrate auch die Eiweisszufuhr beschnitten werden muss, um den Harn zuckerfrei zu erhalten, treibt die Zulage der genannten Menge des Sojapürees in der Regel keinen Zucker in den Harn. Immerhin gibt es einzelne, besonders eiweissemphindliche Fälle, wo dies der Fall ist. Aber die Wirkung ist bedeutend geringer als die von Fleischmengen gleichen Stickstoffgehaltes. Wenn man daher, mit Rücksicht auf die grosse Eiweissemphindlichkeit dieser Fälle, eine Zeitlang vegetabilische Ernährung für angezeigt hält und trotzdem die Eiweisszufuhr nicht zu tief sinken lassen will, so ist gerade dieses Präparat ein wertvolles Hilfsmittel. Alles in allem dürfen wir sagen, dass durch das Sarton die Diabetesküche wesentlich bereichert wird. Die Praxis wird noch andere Anwendungsformen kennen lehren. Natürlich beschränkt sich die Anwendung nicht auf die Zuckerkrankheit. Ueberall, wo man dem vegetabilischen Eiweiss den Vorzug vor animalischen gibt, z. B. bei Gicht und harnsaurer Diathese, bei Nierenkrankheiten und bei manchen Störungen der Verdauungsorgane, wird es willkommen sein. Auf die Darmperistaltik hat das Sojabohnenpüree einen ähnlich anregenden Einfluss wie Hülsenfrüchte, ohne aber — wie diese — der Gasbildung Vorschub zu leisten. Diese Nebenwirkung ist auch beim Diabetiker recht willkommen. Der wesentliche Vorteil für die Diabetesküche liegt freilich darin, dass es dem Zuckerkranken eine neue Abwechslung bietet und dass es ein angenehmes, leicht bekömmliches, nicht zuckerbildendes Gericht liefert, welches in Form, Geschmack und Anwendungsweise für die schmerzlich entbehrten Hülsenfrüchte eintritt.“

(Die Therapie der Gegenwart, April 1910.)

- **Ueber Diabetikergebäcke** schreibt F. Goldmann (Berlin): „Der von mir beobachtete Fall von D. gehört zu der Gruppe der neurogenen Glykosurie. Diese Auffassung wird bestätigt einerseits dadurch, dass sowohl der Zuckergehalt des Harnes, wie auch die durch Hyperglykämie bedingten Nebenerscheinungen prompt zurückgehen, sobald der normalen Tätigkeit einige Tage Ausspannung folgen. Trotz strenger Diät beträgt bei Fleischnahrung und im Dienst die 24stündige Menge durchschnittlich 12—20 g Zucker.

Wenige Tage des Aufenthaltes an anderen Orten und *procul negotiis* bringen ohne weiteres diese relativ kleinen Mengen zum Schwinden, und es gelingt dann auch die Assimilation einer reichlichen Menge von Kohlenhydraten. Von Arzneistoffen, Geheimmitteln und allen überhaupt in den letzten zwölf Jahren empfohlenen Substanzen haben sämtliche angewandten 35 Präparate vollkommen im Stich gelassen. Die einzigen Mittel, die imstande sind, die Glykosurie um ein wenig herabzusetzen, sind Antineuralgika, gleichgültig welcher Art. Infolgedessen wurde in den letzten Jahren in der Weise vorgegangen, dass einmal während der Sommerzeit eine grössere Pause von etwa 30 Tagen stattfand, dann aber, nach dem Vorschlag von Boas, etwa alle drei Monate eine Ausspannung von wenigen, vier bis sechs Tagen. Dabei ist es gleichgültig, ob diese Zeit in Karlsbad, Weisser Hirsch, Birkenwerder, Wilhelmshöhe oder Berlin zugebracht wird. Aus erklärlichen Gründen ist es zweckmässig, den Ort seiner Betätigung zu verlassen. Vor einiger Zeit wurde Wiesbaden als Aufenthaltsort gewählt, und dort führte mich der Weg an einer Bäckerei vorbei, deren Aushängeschild „Diabetikergebäcke“ empfahl. Bei solchen Ausspannperioden wird von der strengen Diät Gebrauch gemacht und als Gebäck (als Träger für Fett) ein im Haushalt hergestelltes Mandelbrot verwendet. Aus äusseren Gründen war ich gezwungen, einen Ersatz zu schaffen. Ich folgte, der Verlockung zugänglich, der stillen Aufforderung jener Bäckerei, dort ein vollkommen kohlenhydratfreies Brot für Diabetiker verlangend. Neben einem Angebot von Mandelbrot wurde mir als besonders schmackhaft ein Diabetikerschwarzbrot empfohlen mit dem ausdrücklichen Bemerkens seitens des Geschäftsinhabers, dass es ohne jede Zutat von Mehl bereitet sei und dass es überhaupt keine Kohlenhydrate enthalte. Das im Geschmack sehr sympathische Brot wurde, im guten Glauben an die Richtigkeit der Aussage des Verkäufers, verzehrt. Gewisse Symptome, die sich einzustellen pflegen, wenn die Ausscheidung von Glykose eine bestimmte Menge überschreitet, liessen den Gedanken aufkommen, dass jenes Diabetikerschwarzbrot, von dem allerdings nicht abgewogene Mengen verzehrt wurden, der Angabe der Bäckerei nicht entsprach. Zurückgekehrt, wurde eine Untersuchung des Brotes vorgenommen. Das angeblich mehl- bzw. kohlenhydratfreie Brot enthielt rund 19 % Kohlenhydrate; nach wiederholt gegebener Versicherung des Herstellers hätte es kohlenhydratfrei sein müssen. Auf eine daraufhin gestellte An-

frage wurde mir die Antwort, das Brot setze sich zusammen aus Roggenschrot, Kasein, Pflanzeneiweiss und Haferspreu. Die Erklärung für das Auftreten der gekennzeichneten Symptome und für meinen Analysenbefund war damit gegeben. Dieser Fall lehrt uns, den Angaben der Bäckereien über den Gehalt von Diabetikerbrot an Kohlenhydraten mit der grössten Skepsis zu begegnen und sich auf sie nicht zu verlassen.“ (Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 19.)

Intoxikationen. Walldorf, Zur Behandlung der Bromo-

formvergiftung. (Aus der medicin. Klinik des Krankenhauses zu Münster.) Ein zweijähriges Kind, das an Keuchhusten litt, hatte in einem unbewachten Augenblick ungefähr 3—4 ccm Bromoform getrunken. Es wurde erst nach 3½ Stunden ins Hospital eingeliefert. Es lag bereits vollständige Bewusstlosigkeit vor, die Pupillen waren weit, ohne Reaktion, der Tonus der Muskulatur aufgehoben, die Atmung sistierte zeitweise, so dass künstliche Atmung eingeleitet werden musste, starke Zyanose. Das Herz schlug noch relativ kräftig. Daher wurde in dem anscheinend ganz aussichtslosen Fall noch die Magenausspülung vorgenommen. Diese blieb jedoch zuerst ohne Erfolg, da sich ja das Bromoform wie das Chloroform so gut wie nicht in Wasser löst und als spezifisch schwerere Substanz immer in den tiefsten Stellen des Magens sich ansammelt. W. kam daher auf den Gedanken, das Einlaufen des Wassers in Horizontallage des Kindes vorzunehmen, das Aushebern aber in umgekehrter Haltung (Kopf nach unten, Beine nach oben), so dass die Kardialia zum tiefsten Punkte des Magens wurde. Daraufhin kam nun auch eine reichliche Menge von bräunlich gefärbter, stark nach Bromoform riechender Flüssigkeit zurück. So gelang es in kurzer Zeit, fast alles Bromoform aus dem Magen zu entfernen. Um auch den Teil des Giftes, der schon ins Duodenum übergetreten war, herauszubefördern, wurde noch ein kräftiges Abführmittel gegeben. Nach einer halben Stunde kehrte das Bewusstsein zurück, und alle beängstigenden Erscheinungen verschwanden in relativ kurzer Zeit ebenfalls. W. möchte noch erwähnen, dass es auch denkbar ist, bei dieser Lageänderung durch einfaches Einführen der Sonde ohne jede Spülflüssigkeit das Gift aus dem Magen abzulassen. Man muss dabei die Sonde nur so weit einführen, dass ihr Fenster gerade eben die Kardialia überschreitet. Es ist um so mehr zu empfehlen, zuerst diesen

Versuch zu machen, da es dann möglich wäre, das Gift in konzentrierter Form und möglichst rasch zu entfernen.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 48.)

— **Ueber einen Fall von Veronalvergiftung.** Von Dr. W. Rosendorff (Krankenhaus der jüdischen Gemeinde Berlin). „Am 4. XII. v. J. wurden ein junger Mann und ein junges Mädchen mit der Diagnose Veronalvergiftung ins Krankenhaus geschickt. Beide hatten suicidii causa Veronal am Abend vorher genommen. Der Mann, der 5 g Veronal genommen hatte, machte den Eindruck eines Betrunkenen, er konnte sich nur taumelnd aufrecht erhalten. Auf der Brust war ein ausgedehntes Erythem; er gab auf Fragen sichere Auskunft, die Pupillen reagierten prompt, die Reflexe waren lebhaft. Herzaktion war vollkommen normal. Aus äusseren Gründen musste er einem anderen Krankenhause überwiesen werden. Das junge Mädchen lag im tiefsten Koma, die Extremitäten erschienen schlaff gelähmt, Reflexe waren an ihnen nicht auslösbar; auf Nadelstiche reagierte die Pat. nicht; der Kornealreflex war herabgesetzt, während die Pupillen prompt reagierten. Die Atmung war oberflächlich 44, Puls 130, regelmässig, voll und kräftig, die Herztöne rein. Die Temperatur 38,3 stieg in der Nacht bis 38,8. Ein Exanthem war nicht vorhanden. Urin liess Pat. in geringer Menge unter sich. Am nächsten Morgen (5. XII.) war noch tiefes Koma vorhanden; auf Nadelstiche erfolgte keine Reaktion, nur eine geringe beim Reizen der Nasenschleimhaut. Ueber den unteren Partien der Lunge war Schallabschwächung und vereinzeltes feuchtes Rasseln zu hören. Ausserdem bestand Hustenreiz. In der Blase waren nur 200 g Urin (katheterisiert). Der sehr dunkle Urin enthielt eine Spur Albumen, keinen Zucker, kein Indikan, kein Hämatoporphyrin, aber Veronal (nachgewiesen nach der Methode von Frerichs). Im Sediment waren harnsaure Salze. Am 6. XII., vormittags um 11 Uhr, kam Pat. zum ersten Male zum Bewusstsein, verfiel aber schnell wieder in tiefen Schlaf, nachdem sie nach Nahrung verlangt hatte (ca. 60 Stunden nach Einnahme des Veronals). Mit Ausnahme des Fusssohlenreflexes waren keine Reflexe auslösbar; auf Nadelstiche reagierte sie jedoch deutlich. In den Nächten war sie sehr unruhig, versuchte aus dem Bett zu gehen und klagte über Schmerzen im ganzen Körper. Die Pat. erholte sich dann allmählich, es bestand aber immer noch grosse Mattigkeit, und sie machte immer einen schläfrigen Eindruck. Als sie am

12. XII. aufstehen sollte, bekam sie nach einer Viertelstunde Schwindelanfälle, Brechreiz und Frösteln, so dass sie das Bett wieder aufsuchen musste. Die Temperatur war ganz allmählich gefallen und erreichte am 8. XII. die Norm. Das Veronal war bis zum 9. XII. im Harn nachweisbar, also bis zum sechsten Tage, nachdem es genommen war. Der Blutdruck war am 5. XII. 100 mm Hg, stieg dann bis auf 120 mm Hg nach der Entfieberung. Die Blutuntersuchung ergab am 5. XII. 90% Hämoglobin, 4220000 Erythrozyten und 16000 Leukozyten. Die Form der Erythrozyten war in keiner Weise verändert. Von den verschiedenen Formen der Leukozyten kamen 90% auf polymorphkernige, 6% auf kleine und grosse Lymphozyten und 4% auf Uebergangszellen. Eosinophile wurden im Präparat überhaupt nicht gefunden. Die Zahl der Leukozyten fiel allmählich ab: am 6. XII. 14700, am 7. XII. 12200, am 8. XII. 9900 und am 9. XII. 8600 Leukozyten. Dabei trat eine deutliche Verschiebung im Verhältnis der verschiedenen Formen ein: Am 8. XII. zählten die polymorphkernigen 80%, die Lymphozyten 13%, die Uebergangszellen 2% und die Eosinophilen 5%. In späteren Untersuchungen veränderte sich das Verhältnis nur wenig, das der polymorphkernigen wurde etwas geringer, ebenso das der Eosinophilen, während das der Lymphozyten dementsprechend stieg. — Bei meinem Falle fehlte ein ziemlich häufiges Symptom, das Exanthem, das in verschiedenster Stärke vom Erythem bis zum pemphigusartigen Ausschlag beobachtet worden ist (Wolters). Die Erscheinungen von seiten des Nervensystems waren vollkommen typische. Die Pupillen reagieren meist. Pupillenstarre ist bis jetzt nur bei den schwersten Veronalvergiftungen (15 und 20 g) gefunden worden. Das Koma dauert verschieden lange, je nach der Dosis und der Schwere der Erscheinungen, doch selten länger als drei Tage, wenn nicht der Ausgang ein tödlicher wird. Die Sehnenreflexe sind ebenfalls nur bei schweren Fällen aufgehoben, bei leichteren gesteigert. Besonders hervorgehoben zu werden verdient es, dass die Herzaktion kaum jemals ernstlich beeinträchtigt ist. Dagegen ist die Atmung oberflächlich, und es besteht die Gefahr der Pneumonie, wie auch in meinem Falle der Lungenbefund den Beginn einer atelektatischen Pneumonie anzeigt. Umber betont, dass die Gefahr bei der Veronalvergiftung fast nur in der dazutretenden Pneumonie liegt. Auffällig ist das Verhalten der Temperatur; oft finden wir erhöhte Temperaturen, wie in diesem Falle, dann wieder

normale, z. B. bei Pap nach 9 g Veronal, nur in einem Falle Umbers (20 g) zuerst Temperaturerniedrigung, der aber infolge der späteren Pneumonie hohes Fieber folgte. Dagegen fanden Kleist und Steinitz beim Tierexperiment Temperaturerniedrigung, die vielleicht mit der Verminderung der Stickstoffausscheidung in Zusammenhang steht, wie Trautmann glaubt. Der Urin enthält meist Spuren von Albumen ohne pathologisches Sediment. Erwähnen möchte ich, dass einmal Ausscheidung von Zucker gefunden wurde (Neumann). Doch zeigte die weitere Beobachtung, dass nicht eine toxische, sondern eine alimentäre Glykosurie vorlag. Das Veronal lässt sich leicht bis zu 70% (Umbert) in unveränderter Form im Harn nachweisen. Die Ausscheidung erfolgt sehr langsam, in meinem Falle waren noch am siebenten Tage, in einem Falle von Steinitz noch am neunten Tage geringste Spuren von Veronal nachweisbar. Ueber die Wirkung des Veronals auf das Blut ist bis jetzt nur von Kleist festgestellt, dass eine solche nicht besteht; ich glaube aber sicher, dass die von mir beobachtete Vermehrung der polymorphkernigen Leukozyten dem Veronal zuzuschreiben ist, weil mit dem Schwinden der Intoxikationserscheinungen auch die Zahl der Leukozyten zur Norm abfiel, wie es ja auch von anderen Medikamenten bekannt ist, eine Leukozytose hervorzurufen. In der Rekonvaleszenz treten noch häufig unangenehme Erscheinungen auf wie Unbeholfenheit des Ganges, Verlangsamung der Sprache und Sehstörungen, die in kurzer Zeit mit der fortschreitenden Wiederherstellung schwinden, und Amnesie. — Was die Therapie betrifft, so gibt uns dies einen Fingerzeig, dass das Veronal nur langsam ausgeschieden wird, dass man also für Darmentleerungen und Diurese Sorge tragen muss. Natürlich wird man in schweren Fällen von Exzitantien Gebrauch machen.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1910 Nr. 20.)

Magen- und Darmaffektionen. Experimentelles und

Klinisches über die Behandlung von Magenkrankheiten mit Aluminiumsilikaten. Von Prof. Dr. Th. Rosenheim u. Dr. R. Ehrmann (Berlin). Es gelang, ein Aluminiumsilikat zu finden, das von Magensaft und von 1/10 N.-HCl ganz allmählich gespalten wurde, dabei aber zum grossen Teil unzersetzt und so als Deckpulver weiter erhalten blieb. Diese Substanz, die von C. A. F. Kahlbaum unter dem Namen *Neutralon* hergestellt wird, ist ein feines, geruch- und geschmackloses, in Wasser unlös-

liches Pulver. In den Magen gebracht, legt es sich zunächst der Schleimhaut auf, bleibt hier unverändert liegen und wird erst, wenn sich Salzsäure abscheidet, ganz allmählich im Verlauf von Stunden zum Teil gespalten. Dabei entsteht Kieselsäure und lösliches AlCl_3 . Aus ihren Beobachtungen ziehen die Autoren nun folgende Schlüsse:

1. Bei allen sekretorischen Reizzuständen des Magens (Hyperazidität, Hypersekretion), mochten sie primär neurogen sein oder eine organische Grundlage haben resp. mit organischen Schädigungen vergesellschaftet sein, hat sich das Neutralon vielfach als säuretilgendes, schmerzberuhigendes, den Ablauf der Digestion günstig beeinflussendes Mittel bewährt; besonders wurde ein günstiges Resultat öfter erzielt bei sehr hartnäckiger Hypersekretion, sowohl der alimentären wie der kontinuierlichen Form, mit mehr oder weniger beträchtlicher motorischer Insuffizienz. Dabei liess sich objektiv wiederholt eine Herabsetzung der Sekretionsenergie, also eine Verminderung der Hyperazidität, wie auch eine Verringerung des Magensaftflusses im nüchternen Zustand erweisen. Dies waren auch die Fälle, bei denen das Neutralon den Kranken gelegentlich noch Erleichterung schaffte, wo andere fortdauernd gebrauchte Medikamente, insbesondere Alkalien, wenig oder gar nichts mehr leisteten.

2. Einigemal wurde eine gute Wirkung des Neutralon bei allgemeiner Hyperästhesie der Magenschleimhaut auf dem Boden von Anämie und Chlorose, bei lästigen Parästhesien, bei sensiblen Reizzuständen, die wir sonst auch erfolgreich mit *Argentum nitricum* zu behandeln vermögen, beobachtet.

3. Beim Ulcus wurden die von der begleitenden Labdrüsenirritation abhängigen Säurereizerscheinungen günstig beeinflusst; aber die prompte Heilwirkung, die Wismut in grossen Dosen, nüchtern genommen, so oft zeigt, wurde bei gleicher Anwendungsweise des Neutralon nicht in dem Masse erreicht.

4. Die Verordnung des Neutralon hat sich am meisten in der Art bewährt, dass $\frac{1}{2}$ —1 Teelöffel voll mit etwa 100 g Wasser ungefähr $\frac{1}{2}$ —1 Stunde vor den grösseren Mahlzeiten dreimal täglich genommen wurde.

5. Auch ganz grosse Dosen Neutralon wurden, da es geruchlos und im Geschmack indifferent ist, stets willig genommen; nie sahen wir unangenehme Nebenerscheinungen, besonders nicht, worauf vornehmlich geachtet wurde, von seiten des Darms. Damit ist nicht gesagt, dass nicht eine

Wirkung des Aluminiumsalzes im Darm stattfindet; denn es ist nicht von der Hand zu weisen, dass Aluminiumchlorid, wie wir theoretisch voraussetzen dürfen, das Wachstum der Bakterienflora zu hemmen vermag; unsere Untersuchungen über die Darmwirkung sind noch im Gange.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 3.)

- **Die Behandlung der chronischen Dickdarmkatarrhe mit heissen Gelatine-Eingiessungen.** Von Kgl. Rat Dr. L. v. Aldor (Karlsbad). Gelatine, in richtiger Weise angewendet, d. h. so, dass sie mit der erkrankten Mucosa in unmittelbare Berührung kommt, spielt in der Behandlung der chronischen Dickdarmkatarrhe eine bedeutende Rolle. „Was die einfache Technik des Verfahrens anbelangt, bekommt der Kranke eine Stunde vor der Eingiessung ein Reinigungsklysma mit $\frac{1}{2}$ Liter 25—28° C. Wasser, nach dessen womöglich vollständiger Ablassung der Kranke, während $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunde ruhig liegend, das Aufhören der durch das Reinigungsklysma verursachten Darmirritation abwartet. Die Eingiessung mache ich in der linken Seitenlage, und zwar so, dass ich 40—80 ccm 10%ige Gelatine, in 45—52° C. Karlsbader Sprudel gelöst, in den Darm einlasse. Nachher liegt der Pat. während zwei Stunden mit einem heissen Kataplasma am Bauche (Thermophor, Moorumschlag), auf dem Rücken, und in dieser Weise gelingt es in einer überwiegenden Anzahl der Fälle, ohne Schwierigkeit die eingegossene Flüssigkeit vollständig zurückzuhalten.“ Autor machte täglich oder jeden zweiten Tag eine solche Eingiessung, immer 500—800 ccm Karlsbader Sprudels dazu verwendend. Da die tiefer gelegenen Abschnitte des Darms gegen Hitze sehr empfindlich sind. Ampulla und Flexura sigmoidea aber Temperaturen bis 50—52° C. anstandslos vertragen, muss man den Schlauch hoch, wenigstens 11—13 cm einführen. Autor benutzte die Mercksche 10%ige sterile Gelatine. Das Verfahren hat er ausschliesslich bei hartnäckigen und mit Diarrhöen einhergehenden schwereren Katarrhen angewendet, bei denen die bisherigen Methoden erfolglos ins Treffen geführt worden waren. Sieben Krankengeschichten zeigen die günstige Beeinflussung solcher Katarrhe durch die Gelatine-Eingiessungen.

(Therap. Monatshefte, April 1910.)

Mastitis. Zur Behandlung der puerperalen M. Von Dr. M.

Hirsch (Berlin). Autor ist seinerzeit von der alten chirurgischen Methode zur Stauungshyperämie übergegangen

und hat sie lange Zeit angewendet. Will man sich ein Urteil bilden über den Gewinn, den die Biersche Stauungsbehandlung der puerperalen M. gegenüber der alten chirurgischen Methode bedeutet, so kann dies nur geschehen durch vergleichende Gegenüberstellung von Fällen, die nach Intensität und Extensität einander möglichst ähnlich sind. Die M. im Anfangsstadium der Entzündung, welche durch leichte Rotung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit, ohne bemerkenswerte Störung des Allgemeinbefindens gekennzeichnet ist, heilt unter Stauungshyperämie im Durchschnitt in zehn Tagen ohne Funktionsstörung und ohne Operation. Autor verfügt über zwölf Fälle dieser leichtesten Art, in welchen dieser günstige Effekt erzielt wurde. Jedoch in Erinnerung an die Zeit vor Einführung der Stauungsbehandlung hat Autor auch jetzt noch einige solcher Fälle einfach mit Suspension und Kälteanwendung behandelt und mit dieser alten Methode ebenso günstige Resultate erzielt wie mit der Stauung. Gleichfalls ohne Störung der Funktion. — In schwereren Fällen hat die Stauungsbehandlung sich gar nicht bewährt, besonders Rezidive traten oft auf, und Autor glaubt, diese der Unvollkommenheit der Stauungshyperämie zur Last legen zu müssen, welche uns kein sicheres Kriterium der beendeten Behandlung bzw. der Heilung bietet. Angesichts dieser ungünstigen Erfahrungen ist Autor zur chirurgischen Methode zurückgekehrt. Allerdings nicht zu dem alten Verfahren mit mehrfachen radiären Inzisionen und Tamponade bei jedem Verbandwechsel bis zur Heilung. Sondern er hat sich ein Verfahren ausgebildet, welches ihm wesentliche Vorzüge zu haben scheint. Gelegentlich der Behandlung einer mit Pyocyaneus infizierten Wunde hat er sich von der überraschenden Einwirkung der Borsäure in Substanz auf den Wundheilungsverlauf überzeugen können. Die Wunden, welche etwa 3 cm lang, 3 cm tief und 1 cm breit waren, stark sezernierten und für Pyocyaneusinfektion typischen Geruch und Farbe hatten, waren nach zwei Tagen trocken und nach acht Tagen geschlossen. Auf Grund dieser Erfahrung hat Autor in der Folgezeit alle Fälle von M., welche Inzision erforderten, mit Borsäure behandelt. Das Verfahren gestaltete sich folgendermassen: 2—3 cm grosse Inzisionen auf der Höhe der Schwellung, stumpfe Erweiterung der Wundhöhle in der Tiefe im Gebiete der Infiltration mit der Kornzange nach allen Richtungen. Feste Tamponade mit Jodoformgaze. Ist am nächsten Tage die Wundhöhle blut trocken, so wird die

ganze Höhle mit gepulverter Borsäure angefüllt und die Wunde aseptisch verbunden. Weder die Höhle, noch die Hautwunde werden tamponiert, sondern nur mit einem aseptischen Deckverband versehen. Dieser Verband wird anfangs täglich, später zwei- bis dreimal in der Woche wiederholt. Es ist selbstverständlich, dass diese Methode bei allen eiternden Wunden, Abszesshöhlen, inzidierten Phlegmonen, anwendbar ist. In Fällen von Drüsenabszessen am Halse, Zellgewebsentzündungen an den Gliedmassen, Sehnenscheidenentzündungen hat Autor eine wesentliche Abkürzung der Heilungsdauer feststellen können. Diese Wundbehandlung mit gepulverter Borsäure eignet sich offenbar für alle eiternden Wunden und Abszesshöhlen. Nebenbei bemerkt Autor, dass er die Borsäure auch bei aseptischen Operationen als Deckmittel der Wunde nach der Naht oft gebraucht. Infektionsverdächtige Wunden aber füllt er stets für ein bis zwei Tage mit gepulverter Borsäure an, bis sie dann zur Naht geeignet sind.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 14.)

Rhinitis. Beim **Schnupfen der Säuglinge** lässt v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.) zum Freimachen der Nase einen 25 cm langen, am einen Ende schräg abgeschnittenen, 4 mm (im Lichten) dicken Gummischlauch mehrere Male täglich abwechselnd in eine Nasenöffnung einführen und mittels eines Gebläses oder mit dem Mund unter mässigem Druck Luft einblasen, die das Nasensekret aus der anderen Nasenöffnung her austreibt. Darauf empfiehlt es sich, mit Hilfe eines 4 mm dicken, 10 cm langen Glasstäbchens mit abgerundeten Enden eine leicht zergehende Salbe (z. B. Cold-cream) einzutragen. Zur Unterstützung, um die Schleimhaut zum Abschwellen zu bringen und unempfindlich zu machen, benutze man folgende Salbe:

Rp. Menthol. 0,1
 Anaesthesin. 1,5
 Adip. lan. 15,0
 Vaseline. benzoat. (0,8%) ad 30,0.

Sie ist billiger und haltbarer als das von Finkelstein empfohlene Adrenalin.

(Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1909 Nr. 6.)

— Trumpp, **Notiz zur Behandlung der Rh. acuta.** Der Arbeit entnehmen wir folgendes: „Der weisse Ton entfaltet, wie aus der Literatur bekannt, keine chemische, sondern eine

rein mechanische Wirkung. Durch die ausserordentliche Kleinheit seiner Partikel und sein daraus resultierendes grosses Gesamtporenvolum zieht er sehr rasch und reichlich Flüssigkeit an sich. Die Bakterien werden einerseits schon durch die rapide Austrocknung ihres Nährbodens in ihrer Fortpflanzungs- und Lebensfähigkeit bedroht und werden ausserdem durch die Kapillarattraktion der Bolus in die sich allmählich zu Brei umwandelnde Pulvermasse eingesogen und so unschädlich gemacht. Der Tonbrei wird in unserem speziellen Falle ausgeschneuzt oder ohne Schaden verschluckt. *Conditio sine qua non* eines Heilerfolges der Bolustherapie bei Rh. ist nun erstens, dass die Bolus den Bakterienherd erreicht, zweitens, dass sie in einer Menge und Häufigkeit eingebracht wird, die zur Austrocknung der Sekretmassen genügt. Der Heilerfolg und die Behandlungsdauer ist ferner abhängig vom jeweiligen Grade der durch die Entzündung bereits gesetzten Schleimhautveränderung. Ein Fall ist mithin günstig gelagert, für Bolusbehandlung besonders geeignet, wenn die Nasengänge weit sind, so dass die Bolus leicht auf alle affizierten Schleimhautpartien appliziert werden kann. Durch etwaige starke akute Schwellung der Schleimhaut bedingte Enge lässt sich durch erstmalige Anwendung irgendeines Adrenalinpräparates leicht beseitigen (z. B. Suprarenin 0,03, Paraffin. liquid. 5,0, Ungt. boric. 25,0, mf. ungt. S. Nasensalbe). Die Heilung wird um so rascher erfolgen, je frischer der Fall, je weniger alteriert die Schleimhaut bei Beginn der Behandlung ist. Wenig Aussicht auf Erfolg bieten Fälle, bei denen angeborene Enge und Verbildung der vorderen Nasenpartie den Pulverstrom aufhält, oder bei denen eine infizierte und stark zerklüftete Rachenmandel oder ein schon bestehender Katarrh des Rachens oder der tieferen Luftwege immer wieder neues Infektionsmaterial in die Nasenhöhle liefert. Zur Einführung des Pulvers bediene ich mich eines von mir angegebenen, leicht zu reinigenden, einfachen Pulverbläfers, bestehend aus Glasolive mit Schaufel und Ventilgummiballon (erhältlich bei der Firma Katsch in München, Preis 2 Mk.). Ich lasse grosse Mengen des sterilisierten und möglichst trocken aufbewahrten Tones (je trockener das Pulver, desto wirksamer ist es) erst drei- bis viermal in viertelstündlichen, später in einstündlichen Pausen einblasen. Diese häufige Applikation scheint mir notwendig, um möglichst bald den Status zu erreichen, in dem die Pulvermenge die Sekretmenge überwiegt. Solange noch reichlich Sekret

vorhanden ist, wird das Pulver gar nicht oder nur angenehm kühlend empfunden, so dass Kinder nach Ueberwindung des anfänglichen Misstrauens sich die Einblasung willig gefallen lassen. Die auf trocknende Wirkung der Bolus, unterstützt durch den schon nach wenigen Anwendungen freier zutretenden Luftstrom, macht sich bald und höchst angenehm bemerkbar. Nasenatmung ist oft schon in der ersten Nacht wieder möglich, wodurch sekundäre Rachenkatarrhe hintangehalten werden. Die sonst so häufige schmerzhaft Entzündung der Nares bleibt stets aus. Ist der Schleimfluss von Anfang an gering, oder hat er unter der Behandlung nachgelassen, so beobachtet man zuweilen unmittelbar nach dem Einblasen verstärkte Sekretion (Wirkung der Kapillarattraktion?), die aber sofort wieder geringer wird und gewöhnlich bald danach ganz aufhört. Vor einer wirklichen Austrocknung ist die Schleimhaut durch ihren Turgor, Erhaltung der Wasserkonstante, geschützt. Ist die Schleimhaut bei ihrer beginnenden Entblössung von Schleim noch im Zustand hochgradiger Entzündung, so wird das Pulver als Fremdkörper mehr weniger unangenehm empfunden. Die Belästigung ist aber nach meiner eigenen und anderer Kollegen persönlicher Erfahrung nur eine geringe und sehr kurzdauernde, besteht in mässigem Druckgefühl, leichtem Jucken und Brennen. Die Behandlung sollte nicht zu früh ausgesetzt werden, da sonst, wenn auch oft erst nach mehreren Stunden, plötzlich wieder etwas vermehrte Sekretion auftreten kann. Doch genügt am zweiten Tage in der Regel schon eine 2—3stündliche Applikation. Ausser bei Rh. simplex habe ich die Bolusbehandlung auch bei zwei Fällen von primärer Nasendiphtherie (bakteriologisch erwiesen) versucht. Da die Kinder in sorgfältiger Pflege standen und von mir beliebig oft und genau kontrolliert werden konnten, habe ich es experimenti causa gewagt, von der Seruminjektion Abstand zu nehmen. In beiden Fällen glatter Verlauf ohne Komplikationen und postdiphtherische Erscheinungen. Heilung in vier bzw. sechs Tagen. In zwei weiteren, in jüngster Zeit auf meine Anregung an der hiesigen Universitäts-Kinderklinik mit Bolus behandelten Fällen von Nasendiphtherie war der Erfolg gleichfalls deutlich und zufriedenstellend. Damit möchte ich natürlich keineswegs etwa dazu auffordern, künftig die Nasendiphtherie ohne Serum zu behandeln. Dazu sind die Gefahren der diphtherischen Intoxikation viel zu gross. Da uns aber die Nasendiphtherie trotz Serotherapie oft genug recht erheb-

liche Schwierigkeiten macht, und wir bisher noch kein befriedigendes Mittel zur lokalen Behandlung haben, so wäre es recht erfreulich, wenn sich die Bolus als ein die Serumbehandlung wirksam unterstützendes Mittel dauernd bewährte.

(Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 49.)

- **Coryfin in der Rhino-Laryngologie.** Von Dr. Selbiger, Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenleiden in Berlin: „Das Präparat zeichnet sich durch eine langsame und allmähliche Menthol-Abspaltung aus, die eine protrahierte Mentholwirkung zur Folge hat, ohne dass ein Reiz auf die Schleimhaut ausgeübt wird. Ich habe in einer grossen Reihe von Fällen Versuche mit dem Coryfin angestellt, das sich bei hypertrophischer Rh. und Stirnhöhlen-Katarrhen ausserordentlich bewährt hat. Es trat nach Applikation des reinen Coryfins auf der Nasenschleimhaut ein erheblicher Rückgang der Schwellung derselben auf. Ferner habe ich es zu Injektionen in den Larynx verwandt und konnte, selbst wenn es unverdünnt appliziert wurde, keine erheblichen Reizerscheinungen beobachten. Von der Mehrzahl der Pat. wurde in übereinstimmender Weise die durch die langsame Menthol-Abspaltung bedingte protrahierte Kälte Wirkung, die mit einer erheblichen Anästhesierung der lokal behandelten Stellen einherging, sehr angenehm empfunden, doch scheint mir das Coryfin selbst in konzentrierter Lösung schwächer zu wirken als eine 20—30%ige Menthol-Lösung. Bezüglich des Geschmackes ist eine Coryfin-Paraffin-Mischung einer Lösung des Menthols in Olivenöl überlegen. Ich verwende im allgemeinen zu Larynx-Injektionen eine 50%ige Coryfin-Paraffin-Mischung mit einem Zusatz von Ol. Eucalypti nach folgender Formel:

Rp. Coryfin.
Paraffin. liquid. \overline{aa} 10,0
Ol. Eucalypti 1,0.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 18.)

Scarlatina. Bei schweren **Komplikationen des Rachens und Mundes beim Scharlach** empfiehlt A. Baginsky folgende Massnahmen: Bei schwerem *Diphtheroid* und ulzerösem Zerfall: 1. örtliche Einstäubungen von Sozjodolnatrium und Schwefelpulver zu gleichen Teilen mittels des Pulverbläfers, oder 2. Betupfung mittels Ichthyol-Sublimats:

Rp. Ammon. sulfo-ichthyol. 10,0
 Hydrarg. bichlor. corros. 0,05
 Aqu. dest. ad 100,0,

oder 3. Spray mit Wasserstoffsuperoxyd ($1\frac{1}{2}$ —2%). Bei Kindern, die örtlichen Massnahmen grossen Widerstand leisten: Formaminttabletten, 3—4—5 Stück pro die. Bei schwerer gangränöser Affektion der *Mundschleimhaut* tupfe man die ulzerösen Stellen 3—4 mal täglich mit:

Rp. Thymol (oder Menthol) 0,5
 Alkoh. absol.
 Wasserstoffsuperoxyd (3%) \overline{aa} 20,0.

Bei ulzerösen Prozessen an der *Lippe* streiche man Zink-Borsäurepaste auf:

Rp. Zink. oxyd. 20,0—25,0
 Amyl. \overline{aa}
 Acid. boric. 3,0
 Vaseline. ad 100,0.

Kommt man damit nicht aus, pinsele man Rhagaden und Ulcerationen mit 1—2%iger Argent. nitr.-Lösung, und wo auch dies versagt, appliziere man folgende Salbe:

Rp. Argent. nitr. 0,5
 Bals. peruv. 0,25—0,5
 Vaseline. flav. ad 20,0.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1910.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Vorüber-

gehende Hypertrichosis durch Schwangerschaft verursacht. Von Dr. C. F. Jellinghaus (New York). „Italienerin. 21 Jahre alt. Brünnette. Verheiratet. Sie fing mit 13 Jahren an zu menstruieren, alle 28 Tage für sechs Tage, keine Schmerzen. War immer gesund und hatte keine Anlage zum Bartwuchs. Das Becken war von normaler Grösse. Zahndefekte bestanden nicht. Sie hatte ein ausgetragenes Kind geboren, normale Entbindung, keine Hypertrichosis. Zweite Schwangerschaft: Diese verlief bis zum vierten Monat normal, zu dieser Zeit bemerkte Pat. einen abnormen Haarwuchs im Gesicht und auf dem Leibe. Im siebenten Monat trat die Frühgeburt ein, das Kind war tot geboren. Am fünften Tage nach der Entbindung wurde sie wegen einer Infektion des Nabels in das Hospital gebracht. Zu dieser Zeit waren die Lanugohaare auf den

Backen und auf dem Kinn von 1,25 bis 2 cm lang, die auf der oberen Lippe waren kürzer. Diese Haare waren weicher und nicht so dunkel wie die Kopfhaare. Die Pigmentation des Gesichtes war nicht sehr auffallend. Auf der Brust und auf den Schultern war kein abnormer Haarwuchs zu sehen, auf den Armen und Beinen waren die Haare etwas länger als normal. Auf dem Leibe, von der Symphyse bis 3 cm oberhalb des Nabels waren sie von 2,5 bis 3,5 cm lang, hauptsächlich in der Gegend der Linea nigra. Unter unserer Beobachtung verlängerten sich die Haare etwas, bis zu $3\frac{1}{2}$ Wochen nach der Geburt, dann hörte der Wuchs auf. Zu keiner Zeit hatte die Frau irgendwelche Symptome, weder Brennen noch Jucken der Haut. Sechs Wochen nach der Geburt waren die Haare im Gesicht teilweise ausgefallen. Ich sah die Frau dann nicht wieder bis $6\frac{1}{2}$ Monate nach der Geburt, sie hatte schon zweimal menstruiert, im fünften und sechsten Monat, und behauptete, die Haare wären langsam kürzer geworden. Was wirklich stattgefunden hatte, war, dass die langen Haare des Gesichtes ausgefallen waren und an ihrem Platze die gewöhnlichen Lanugohaare zu sehen waren. Sie verweigerte eine Untersuchung des Leibes. Aetiologie: Bis jetzt sind wir noch ziemlich im Dunkeln über die Ursache der Hypertrichosis hereditaria und acquisita. Die Eierstöcke üben einen unzweifelhaften Einfluss auf die volle Entwicklung und Ausbildung der sekundären Sexualcharaktere aus, d. h. jene, welche erst in der Pubertät entstehen (Bartwuchs usw.). Auf gleiche Weise, glaube ich, kann die vorübergehende Hypertrichose in der Schwangerschaft erklärt werden, da ja die Eierstöcke an den Schwangerschaftsveränderungen teilnehmen und da die Haut am Ende der Involutionvorgänge ihre normale Beschaffenheit, was das Haar anbetrifft, wieder annimmt. Wenn wir die Veränderungen des Ovariums als die direkte Ursache annehmen, so glaube ich, dass die Hyperämie der Haut, welche während der Schwangerschaft stattfindet, als indirekte Ursache anzusehen ist. Verschiedentlich finden wir in der Literatur Fälle beschrieben, in welchen ein Leinsamenumschlag, eine Pilokarpineinspritzung, eine Nervenverletzung mit Vasomotorstörungen von einer lokalen Hypertrichosis gefolgt worden ist. Hier war auch immer erst eine Hyperämie der Haut vorhanden. Was die Behandlung und Prognose dieser Schwangerschaftskomplikation anbetrifft, kann in wenigen Worten gesagt werden. In den publizierten Fällen hat die Haut am Ende der Involutionvorgänge ihre nor-

male Haarbedeckung wieder angenommen, also ist die Prognose gut und eine Behandlung unnötig.“

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1910 Nr. 14.)

- **Beiträge zur Therapie der Nachgeburtsblutungen.** Von Dr. F. Weber (Universitäts-Frauenklinik München). Autor gibt seine Erfahrungen mit der Momburgschen Blutleere wieder: „Wir verwenden einen etwa daumendicken, $1\frac{1}{2}$ m langen, gewöhnlichen roten Gummischlauch, wie sich solche an unseren Irrigatoren im täglichen Gebrauche vorfinden. Dieser wird unter voller Ausnützung seiner Elastizität in 2—4 Touren zwischen Beckenschaufel und unterem Rippenrand um den Leib gelegt und so lange angezogen, bis gerade der Femoralispuls verschwunden ist. Es ist dies von besonderer Wichtigkeit, da wir wiederholt einen vollen Erfolg erst dann beobachten konnten, wenn die Pulsation der Femoralis nicht mehr zu konstatieren war. Zugleich gibt aber auch diese Kontrolle einen guten Gradmesser für die Intensität der Umschnürung, die mit Aufhören des Femoralispulses ihren Höhepunkt erreicht haben soll. Neuere Publikationen gehen noch weiter; ausgehend von der Tatsache, dass es in vereinzelten Fällen oft schwer ist, den Femoralispuls zu kontrollieren, wird vorgeschlagen, einfach ohne Beachtung der Femoralispulsation so stark zu umschnüren, bis die Blutung steht, mit der Betonung, dass der einzige Fehler, der bei dem Verfahren gemacht werden könne, nicht in zu starkem, sondern in zu schwachem Anziehen des Schlauches liege. Die Enden des Schlauches werden zusammengeknotet oder zu beiden Seiten der Pat. in entsprechender Spannung fest angezogen gehalten; bei unseren letzten Fällen hielten wir den Schlauch mit einer starken Klammer zusammen, wodurch eine beim Knoten öfters auftretende Lockerung der Umschnürung zweckmässig vermieden wird. Die Dauer der jeweiligen Umschnürung variierte bei unseren Fällen zwischen 5 und 60 Minuten, doch finden wir in der Literatur Angaben, nach denen der in mehreren Touren straff umgelegte Schlauch ohne jegliche Schädigung bis über zwei Stunden gelegen hatte. Die Abnahme des Schlauches geschieht dann langsam, indem der völligen Entfernung eine allmähliche Lockerung vorangeht. Die Kardinalfrage ist naturgemäss die nach der Unschädlichkeit der Methode für die Pat., die in der Umschnürung ein auf den ersten Blick etwas ungeheuerliches Bild bietet. So gingen denn auch den Versuchen beim Menschen erst mehrfach von verschiedener Seite Tier-

experimente voraus, die durch ihre nach jeder Hinsicht befriedigenden und beruhigenden Resultate zur Anwendung beim Menschen ermutigten. Aus allerjüngster Zeit liegen noch zur weiteren Stütze der Unschädlichkeit aus der Berliner Charité zwei Obduktionsberichte von Pat. vor, die der Umschnürung in der geschilderten Weise $1\frac{3}{4}$ und $2\frac{1}{4}$ Stunden ausgesetzt und kurz darauf infolge einer anderen Ursache ad exitum gekommen waren. Bei beiden Frauen konnte durch die Obduktion festgestellt werden, dass sich an den Bauchorganen auch nicht die geringsten Druckspuren oder Veränderungen vorfanden, die auf Konto der Umschnürung zu setzen gewesen wären. Auch bei uns kamen unter den zahlreichen Fällen, in denen wir die Momburgsche Behandlungsweise einschlugen, niemals Nachteile oder Schädigungen irgendwelcher Art, die auf die Schlauchanwendung zurückzuführen wären, zur Beobachtung. Der Puls blieb in allen Fällen in mässiger Frequenz, war dabei jedoch meist von auffallender Kleinheit, während er beim Lösen des Schlauches schneller und voller wurde, die Atmung war nicht beeinflusst, Erbrechen trat niemals auf. Erscheinungen, die auf Quetsch- oder Kompressionsverletzungen der Bauchorganeschliessen liessen, wurden nie bemerkt. Auch im Verlauf des Wochenbettes kamen keine üblen Nachwirkungen zur Konstatierung, die der Konstriktion zur Last zu legen wären. Die Beine konnten in sämtlichen Fällen vom ersten Tage ab ohne jegliche Behinderung und Schmerzempfindung bewegt werden. Die Urinentleerung und Defäkation erfolgte bei allen Wöchnerinnen in ungestörter Weise. Puls und Temperatur entsprachen während der ganzen Dauer des Wochenbettes vollständig der Norm; die Frauen kamen, nachdem sie meist schon am zweiten oder dritten Tag ausser Bett waren, bereits am siebenten bis achten Tage im besten Wohlbefinden zur Entlassung. Zur Anwendung gelangte die Momburgsche Blutleere in elf Fällen, in denen im Anschluss an die Geburt des Kindes der Uterus nicht zu genügender Kontraktion kam und die Blutung aus der schlaffen Gebärmutter bei noch teilweise adhärenter Plazenta jedesmal ganz beträchtlich war. Das Bild änderte sich sofort nach fester Umschnürung des Leibes mit dem Gummischlauch, die Blutung stand sofort, der Uterus wurde in kürzester Zeit steinhart, und im Laufe der nächsten Viertelstunde wurde die Plazenta ohne nennenswerte Blutung bei noch liegendem Schlauch spontan ausgestossen. In solchen Fällen prompter Wirkung macht sich eben auch

der kontraktionserregende Einfluss der Anämisierung auf den atonischen Uterus neben der direkten Blutstillung durch Kompression der Aorta und Spermatikalgefässe geltend. Gleich günstige Resultate hatten wir in 32 weiteren Fällen von atonischer Blutung des Uterus, bei denen die Atonie erst nach Ausstossung der Plazenta aufgetreten war. Auch hier stets das gleiche Bild: der Uterus ein schlaffer Sack, den Massage nicht zur Kontraktion bringen konnte, wenigstens nicht in der kurzen Spanne Zeit, die bis zur Anlegung des Schlauches verstrich, dabei kontinuierlich eine in den einzelnen Fällen schwankende, mehr oder minder starke Blutung. In allen diesen Fällen erzielten wir mit der Umschnürung in kürzester Zeit Stillstand der Blutung und einen gut kontrahierten Uterus. Im Anschluss an diese Erfahrungen möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass wir weiterhin die künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte als ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel kennen lernten bei Ausführung von Eingriffen in der Nachgeburtsperiode selbst oder im Anschluss an diese, sei es nun, dass es galt, eine für die Pat. bedrohliche oder auch eine für den Operateur lästige und ein schnelles Operieren hindernde Blutung auf ein Minimum zu beschränken. Nach der ersten Richtung war es hier die manuelle Lösung der Plazenta, bei der uns in vier Fällen die Umschnürung ausgezeichnete Dienste leistete und die Operation mit minimalem Blutverlust für die Pat. zu Ende führen liess. Unter den Fällen, bei denen, abgesehen von der Gefahr oder Benachteiligung für die Pat. selbst, vollkommene Blutleere dem Operateur eine grosse Erleichterung und Annehmlichkeit bei der Ausführung seines Eingriffs bietet, stehen die hochgehenden und häufig von sehr heftiger Blutung begleiteten Zervixrisse an erster Stelle. Auch hiebei konnten wir uns in 15 Fällen durch die erfolgreiche Umschnürung auf die denkbar einfachste Weise ein blutleeres Operationsgebiet schaffen, das die Anlegung der Naht ganz bedeutend erleichterte und naturgemäss auch in kürzerer Zeit bewerkstelligen liess. In fünf weiteren Fällen blieb der Erfolg aus. Viermal handelte es sich um eine gewöhnliche atonische Nachblutung, im fünften Falle um eine manuelle Plazentalösung und Naht eines beträchtlichen Zervixrisses. In allen diesen Fällen ward der Schlauch bis zum Verschwinden des Femoralispulses angezogen, ohne dass die Blutung zum Stillstand kam, so dass man nach Versagen der Umschnürung zur Tamponade des Uterus schreiten musste. Möglicher-

weise liegt der Grund für das Ausbleiben der Wirkung nach der Umschnürung in der fehlenden Entleerung von Magen und Darm, da seit der letzten Stuhlentleerung bei der Vorbereitung zur Geburt bis zu ihrer Beendigung schon eine geraume Zeit verstrichen, und die Därme sich infolgedessen wieder in einem mittleren Füllungsgrade befinden (Rieländer). Vielleicht weicht auch in manchen Fällen die Aorta durch Abgleiten neben der Wirbelsäule der Druckwirkung des Schlauches aus, ist ihr daher nicht mehr in genügender Weise ausgesetzt und wird so nicht zur vollständigen Kompression gebracht. In einem solchen Falle würde ein noch so bedeutend reduziertes Aortenlumen immerhin noch genügend Blut hinzuzuführen imstande sein und auf diese Weise die Fortdauer der Blutung erklären lassen. Versagt nun infolge einer dieser Ursachen die Umschnürung, so wird, da in der abgeschnürten unteren Körperhälfte durch die mangelhafte Aortenkompression eine venöse Stauung zustande gekommen, die Blutung aus dem schlecht oder gar nicht kontrahierten Uterus durch dieses Blut vermehrt werden. In solchen Fällen ist es vielleicht zweckmässig, neben der Kompression der Aorta auch das Blut der unteren Extremitäten mittels Gummibinden in gleicher Weise abzuschnüren, wie dies in hiesiger Klinik nach dem Vorschlage Klapps bei Narkosen mit künstlich verkleinertem Kreislauf seit längerer Zeit mit bestem Erfolg und ohne die geringsten Nachteile für die Pat. zur Anwendung gelangt. Immerhin glaube ich nach diesen bis jetzt von anderen und uns gewonnenen Erfahrungen, dass wir in der Kompression der Aorta und Spermatikalgefässe nach Momburg ein willkommenes Hilfsmittel zur Behandlung der Post-partum-Blutungen erhalten haben. Erzielen wir im einzelnen Falle aus irgendeinem Grunde mit diesem Vorgehen nicht den erwünschten Erfolg, so bleibt uns dann als Ultimum refugium die Uterovaginaltamponade nach Dührssen, die trotz aller Bekämpfung in solch verzweifelten Fällen immer noch das souveräne Mittel der sichersten Blutstillung bleiben wird.“

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 20.)

Syphilis. Jodtropon hat Dr. G. Joachim (Berlin) mit bestem Erfolge statt Jodkali angewandt, besonders bei S. Er ist dabei zur Ueberzeugung gelangt, dass

1. das Jodtropon gut vertragen wird und keinen Jodismus hervorbringt, auch nicht bei monatelanger Anwendung,

2. dass das Jodtropon gerne und ohne Widerwillen genommen wird,

3. dass man wesentlich geringere Mengen von Jod in Jodtropon gebraucht als wie im Jodkali bzw. Jodnatrium, um denselben Erfolg zu erzielen.

Es ist dieser letzte Punkt für den Praktiker zweifellos sehr wichtig bezüglich des Preises. Müsste man im Jodtropon ebensoviel Jod geben wie bisher in der üblichen Dosis des Jodkali, dann müsste man täglich $1\frac{1}{2}$ bis 2 Röhren Jodtropontabletten gebrauchen lassen. Das wäre sehr kostspielig. Man kommt aber mit 3—6 Tabletten, höchstens in schwersten Fällen acht Tabletten pro Tag glänzend aus, um das gleiche Resultat zu erzielen wie früher mit der 5—6fach grösseren Menge Jod im Jodkali. Daher ist die Jodtropotherapie selbst in der Krankenkassenpraxis nicht teuer als die mit Jodkali- bzw. Natriumlösungen.

(Allgem. med. Zentral-Ztg. 1910 Nr. 14.)

- **Merjodin, ein internes Quecksilberpräparat.** Von Privatdozent Dr. R. Polland (Grazer dermatologische Klinik). „Bereits im Jahre 1907 machte ich Versuche mit einem von der chemischen Fabrik H. Trommsdorff in Aachen in Tablettenform hergestellten Hg-Präparat zur internen Verwendung, das unter dem Namen Merjodin uns zur Probe übersandt wurde. Damals musste ich die Versuche bald wieder aufgeben, da das Präparat ausnahmslos schlecht vertragen wurde, Magenschmerzen, ja sogar zumeist Erbrechen eintrat. Inzwischen hat die Firma auf Grund der damaligen Erfahrungen das Präparat in einer neuen Modifikation hergestellt, die nur die Hälfte des betreffenden Hg-Salzes enthält und wobei die Tabletten nur langsam zerfallen, damit eine Magenreizung tunlichst vermieden werde. Da bereits mehrfach von beachtenswerter Seite über befriedigende Erfolge mit diesem „Merjodin“ berichtet wurde, entschloss ich mich, wieder einen Versuch mit diesem Mittel zu machen. Da nunmehr meine Erfahrungen während einer längeren Beobachtungsdauer günstig waren, stehe ich nicht an, in Folgendem kurz über meine Versuche zu berichten. Nach Angabe der Fabrik enthalten die Merjodin-Tabletten als wirksamen Bestandteil 0,0083 g diiodparaphenolsulfosaures Quecksilber, was einem Gehalt von 0,0025 g metallischem Hg entspricht. Um ein möglichst einwandfreies Urteil über das Präparat zu gewinnen, wurden während einiger Monate alle geeignet erscheinenden Pat. (also solche mit manifesten klinischen Symptomen,

deren Rückbildung leicht zu kontrollieren war) eines grossen Lues-Zimmers der Abteilung mit Merjodin behandelt, und zwar ausschliesslich, ohne irgendwelche Kombination mit Einreibungen, Injektionen usw.; da infolgedessen während der Versuchszeit in diesem Zimmer niemand eine Inunktionskur mitmachte, ist auch dem Einwand, dass eine eventuelle Wirkung auf die Einatmung der quecksilbergeschwängerten Luft des Zimmers zurückzuführen sei — ein Einwand, der mir früher einmal allen Ernstes gemacht worden war — begegnet. Hingegen wurden die vorliegenden Affektionen ebenso lokal behandelt, wie bei jeder anderen Kur. Jodpräparate wurden während der Kur nicht gegeben. In Befolgung der von der Fabrik gegebenen Verhaltensmassregeln wurden die Tabletten stets kurz nach der Mahlzeit eingenommen, und zwar mussten sie unzerkaut geschluckt werden, was bei der geringen Grösse der Tabletten stets leicht gelang. In den ersten 2—3 Tagen liess ich je drei Stück verabreichen und wenn diese vertragen wurden (was ausnahmslos der Fall war), weiterhin täglich fünf bis sechs Stück. Eine besondere Diät wurde nicht beobachtet, hingegen für sorgfältige Mundpflege Sorge getragen. In dieser Weise wurde eine grössere Anzahl von Luetikern aller Stadien ausschliesslich intern mit Merjodin behandelt und es ergab sich in allen Fällen eine recht zufriedenstellende Wirksamkeit des Präparates. Es wurde in der neuen Form ausnahmslos gut vertragen, die Pat. klagten nie mehr über Magenschmerzen, und besonders Erbrechen oder stärkere Darmstörungen konnten nie beobachtet werden, so dass das neue Merjodin in der Tat als ein vollkommen gut verträgliches Medikament bezeichnet werden kann, bei dem Intoxikationserscheinungen kaum zu fürchten sind; auch Stomatitis trat fast nie auf. Ueber die therapeutische Wirksamkeit ist folgendes zu berichten: Wie erwähnt, wurden Luetiker aller Stadien mit Merjodin behandelt, sowohl ganz frische Fälle, wie die verschiedenen Fälle von Rezidiven, als auch tertiäre Fälle. Ferner solche, die bereits früher Kuren mitgemacht hatten und bisher unbehandelte. Es zeigte sich dabei, dass nach Verabreichung von höchstens 150 Tabletten (in zirka vier Wochen), meist aber schon früher, in allen Fällen die klinischen Symptome geschwunden waren. Bei einem Teil der Fälle wurde die Behandlung bis auf zirka 200 Tabletten fortgesetzt, andere, die aus äusseren Gründen vorzeitig die Anstalt verlassen mussten, bekamen entweder die fehlende Anzahl von Tabletten mit auf den Weg oder ich liess

ihnen noch eine Salizylquecksilber-Injektion verabreichen. Ich betone aber, dass in allen diesen Fällen die klinischen Symptome bereits geschwunden waren. Nach dem bisher Gesagten dürfte die detaillierte Anführung aller Fälle wohl kaum besonderes Interesse bieten; ich will nur bemerken, dass in einem Fall zerfallende, perforierende Gummien des Gaumens nach 120, und in einem anderen Falle grosse Hautgummien am Unterschenkel nach 100 Merjodintabletten vollkommen vernarbt waren. Um über die Häufigkeit oder die Zeitdauer des Auftretens von Rezidiven ein sicheres Urteil zu gewinnen, war bei meinen Versuchen die Beobachtungszeit noch zu kurz; ich kann nur anführen, dass bis jetzt — zirka vier Monate seit Beginn der Versuche — keiner der mit Merjodin behandelten Pat. wieder im Spital erschienen ist. Nach dem oben Angeführten ergeben also meine Versuche den Schluss, dass wir im Merjodin in seiner jetzigen Zusammensetzung ein sowohl hinsichtlich der Verträglichkeit wie seiner Wirkung nach brauchbares innerliches Hg-Präparat besitzen, das in allen Fällen, wo interne Hg-Medikation erwünscht scheint, empfohlen werden kann. Es soll damit natürlicherweise nicht gesagt sein, dass diese Darreichungsweise dazu berufen sei, die bisher bewährten externen Hg-Kuren zu ersetzen oder zu verdrängen, im Gegenteil, wir werden auch fernerhin stets trachten müssen, die S. durch energische Inunktions- — oder vielleicht noch besser Injektionskuren — zu bekämpfen, welche die internen Präparate sicher an energischer und prompter Wirkung übertreffen, namentlich in etwas schwereren Fällen, zumal wir jetzt auch über Injektionspräparate von vorzüglichen Qualitäten verfügen. Es wird aber immer Fälle geben, in denen ein internes Präparat von grossem Nutzen sein kann, wenn aus irgendwelchen Gründen äusserer oder im Wesen des Pat. liegender Natur die externe Hg-Anwendung kontraindiziert ist oder nicht durchgeführt werden kann, ferner insbesondere als Nach- oder Zwischenkur zwischen zwei ‚grossen‘ externen Kuren, um den Pat. längere Zeit unter Hg-Wirkung zu erhalten. In allen diesen Fällen dürfte sich das Merjodin gut bewähren. Für die Anwendung des Mittels dürfte es als Richtschnur dienen, dass nach meiner Erfahrung 100 Tabletten zirka 20 Einreibungen zu 3,0 Ungt. Hydrarg. ciner. entsprechen.“

(Österreichische Ärzte-Ztg. 1910 Nr. 9.)

— **Die Indikation für die Quecksilberbehandlung bei der einfachen Sehnervenatrophie.** Von Dr. Schultz-Zehden (Berlin). Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Weder durch das Tierexperiment noch durch die klinischen Beobachtungen ist der Beweis erbracht, dass das Quecksilber innerhalb therapeutischer Dosen eine Schädigung der peripherischen Nerven und speziell der Nervi optici verursacht. Die Fälle, in denen Lähmungserscheinungen beobachtet worden sind, sind Vergiftungen, bei denen ungleich höhere Dosen zur Anwendung kamen, als wir zu therapeutischen Zwecken benutzen.

2. Eine vorsichtig geleitete Quecksilberbehandlung erscheint in einer grossen Anzahl von Fällen einfacher Sehnervenatrophie nicht kontraindiziert, sondern durchaus zweckmässig.

3. Die Quecksilberbehandlung ist unbedingt in den Fällen einzuleiten, in denen S. vorangegangen ist, bei denen die Sehnervenatrophie als einziges Krankheitssymptom besteht. In diesen Fällen leistet die Quecksilberkur manchmal sehr Gutes.

4. Auch bei der tabischen Sehnervenatrophie kann die Quecksilberkur ohne Schaden eingeleitet werden, wenn:

- a) anamnestische Anhaltspunkte oder objektive Symptome einer früher akquirierten Lues vorliegen;
- b) die Wassermannsche Reaktion positiv ausfällt;
- c) bei negativem Ausfall die Anamnese ergibt, dass die Lues früher nur ungenügend mit Hg behandelt worden ist;
- d) der Kräftezustand eine Kontraindikation gegen die Anwendung von Hg nicht bietet;
- e) günstige Ernährungsbedingungen und Schonung in körperlicher und geistiger Beziehung gewährleistet sind.

Bei der tabischen Sehnervenatrophie wird durch die unter diesen Bedingungen eingeleitete Quecksilberbehandlung keine Besserung erzielt, sondern nur in wenigen Fällen Remissionen.

5. Jede energischere Injektionskur und Inunktionskur mit grossen Dosen ist bei tabischer Sehnervenatrophie zu unterlassen.

6. Die Quecksilberkur hat unter genauer Kontrolle des Gesichtsfeldes, der Sehschärfe zu geschehen.

(Therap. Monatshefte Mai 1910.)

Tuberkulose. Ueber die Behandlung der Lungentuber-

kulose mit Tebean. Von Dr. L. Steffen (Villa Paul für Lungenkranke in Badenweiler). Aus der Arbeit bringen wir folgende Abschnitte:

„Zur Beurteilung einer Tuberkulinheilwirkung ist es nötig, über den Charakter und die Tendenz der betreffenden Erkrankung klare Vorstellungen gewonnen zu haben. Von diesen Erwägungen ausgehend haben wir die Prüfung des uns in dankenswerter Weise von dem Darsteller, Herrn Prof. E. Levy zur Verfügung gestellten Heilmittels Tebean zunächst nur an prognostisch klaren, „ungünstigen“ Fällen begonnen. Infolge dieser strengen Selektion können wir nur über eine kleine Anzahl von Beobachtungen berichten, die aber umso orientierender sind, als die Behandlung grösstenteils erst nach monatelangen fruchtlosen Sanatoriumskuren eingeleitet wurde. Das Tebean enthält virulente Bazillen vom Typus humanus, die in 25%iger Galaktose, $4\frac{1}{2}$ Tage bei 37^0 geschüttelt, und dann im Vakuum so lange eingedampft werden, dass 1 g Pulver 5 mg Bazillen enthält. Es unterscheidet sich also wesentlich von den Tuberkulinen und auch von der Kochschen Bazillenemulsion, der es sonst am nächsten steht; von dieser dadurch, dass es nicht die zermahlenen, sondern die Bazillen unversehrt enthält, und dass der durch die Galaktose bewirkte Grad der Abschwächung immer derselbe bleibt, während das Glycerin, das bei der Kochschen Emulsion als Konservierungsmittel dient, nach Levys Untersuchungen die immunisierende Kraft der Bazillenelemente fortwährend abschwächen soll. Da das Tebean nur als Pulver in den Handel kommt und einen Zusatz chemischer Agentien nicht verträgt, so müssen die Lösungen mit physiologischer Kochsalzlösung jedesmal frisch bereitet werden. Mir bewährt sich folgendes Verfahren: Die Abwägung des Pulvers erfolgt auf einer Präzisionswaage, auf einem Uhrschildchen, das mit dem Platinspatel, der zur Entnahme des Pulvers dient, über einer Spirituslampe ausgeglüht wird. Fläschchen zur Herstellung der Lösungen, sowie die 5 ccm fassende Liebertsche Injektionsspritze werden ausgekocht und vor dem Gebrauch mit steriler Kochsalzlösung aus- resp. durchgespült. Die Herstellung der Lösung erfordert nur wenige Minuten. Wir beginnen gewöhnlich je nach der Schwere des Falles bei der ersten Kur mit $\frac{1}{500}$ — $\frac{1}{200}$ mg, bei erneuter Kur mit $\frac{1}{100}$ — $\frac{1}{50}$ mg, lassen die Injektionen jeden fünften bis siebenten Tag einander folgen, vorausgesetzt, dass keine stärkere Reaktion eingetreten ist, und steigen

ganz allmählich bis höchstens 1 mg, in letzter Zeit sogar nur selten über 0,1 mg. Im allgemeinen dehnen wir die Kur nicht länger als höchstens drei Monate aus, wiederholen sie aber gerne nach Möglichkeit einige Monate später. An den Injektionsstellen bilden sich fast regelmässig kleine Infiltrationen, die wochenlang bestehen bleiben können, aber nur in den ersten Tagen leicht schmerzhaft sind. Abszessbildungen, wie sie Levy-Krencker beschrieben, haben wir bei strengstem aseptischem Vorgehen nie beobachtet.“

„Fassen wir unsere Beobachtungen zusammen, so ergeben sich folgende charakteristische Momente:

1. *Reaktion*: Bei kleinsten Dosen Tebean tritt in der Mehrzahl der Fälle eine Steigerung der Temperatur ein. Die subjektiven Erscheinungen stehen im Verhältnis zu der Höhe der Reaktion resp. des Fiebers.

2. *Beeinflussung des Fiebers*: Im Anschluss an die reaktive Steigerung der Temperatur am selben oder dem der Injektion folgenden Tage fällt meist die Temperatur lytisch allmählich entweder zur Norm ab, oder doch auf ein vorher nicht erreichtes Niveau. Durch Wiederholung dieses Vorgangs kann es zur völligen Entfieberung kommen (Fall 5 und 7).

3. *Therapeutisches Resultat*: Behandelt wurden nur ausgedehnte, infiltrierende und käsige pneumonische Prozesse und progrediente Fälle, bei denen eine längere klinische Behandlung unter klimatisch günstigen Bedingungen keinen Erfolg aufzuweisen hatte, die vielmehr von den verschiedensten Beobachtern als ‚verlorene Fälle‘ angesprochen wurden. Von neun Fällen scheiden zwei aus, bei denen die Kur aus äusseren Gründen vorzeitig abgebrochen werden musste. In Fall 8 konnte der ungünstige Verlauf nicht aufgehalten werden. Die übrigen wurden günstig beeinflusst. Drei Kranke mit mehrlappig doppelseitigen, infiltrierenden Prozessen wurden inbezug auf Temperatur, Körpergewicht, subjektives Befinden und Auswurf erheblich, aber nur vorübergehend gebessert (Fall 1, 3 und 4). Von drei Kranken mit mehrlappig, vorwiegend einseitigen, käsig-pneumonischen Prozessen (Oberlappen und Teile des Unterlappens) wurden zwei (Fall 5 und 7) geheilt. Dieser günstige Verlauf in Fall 5 (schweres Rezidiv) und Fall 7 und 9 (akuter florider Prozess) übertrifft die Erfolge von unerwarteter Besserung, die spontan im Verlauf der Lungentuberkulose aufzutreten pflegen.“

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 16.)

Ulcus molle. Zinkperhydrol bei der Behandlung des U.

Von Dr. Müllern-Aspegren (Stockholm). Autor ätzt das U. mit Zink. chlorat. und appliziert dann Zinkperhydrol, das sich ihm recht gut bewährt hat. In durchschnittlich elf Tagen erfolgte Heilung. Sind die Wunden sehr gross oder ist der Pat. empfindlich, so werden die Geschwüre anästhesiert mit Cocain. hydrochloric. in Substanz. Unmittelbar nach der Aetzung wird das Streupulver in recht dicken Lagen aufgelegt, darüber Watte und wenn nötig eine Binde. 2—3 mal täglich reinigt der Pat. das Geschwür, indem er es mit einer antiseptischen Lösung wäscht, dann abtrocknet und wieder mit Pulver verbindet. Anfangs jeden zweiten oder dritten Tag, später in grösseren Zwischenräumen wird die Heilung vom Arzte kontrolliert. Sollte sich das Geschwür auf irgendeiner Stelle virulent erweisen, wird wieder geätzt. Zinkperhydrol hat als Streupulver bei der Behandlung von U. m. sich also mindestens ebenso gut erwiesen wie verschiedene andere Ersatzmittel für Jodoform, ja es hat vielleicht die besten von ihnen, nämlich Europhen, Jodoformogen und Kalomel übertroffen, und da es überdies absolut geruch- und farblos (weiss) ist und niemals reizt, kann man sagen, dass es seinen Platz unter unsern Mitteln gegen U. m. besonders bei der ambulanten Behandlung gut ausfüllt.

(Dermatologisch. Zentralblatt, April 1910.)

Vermischtes.

- Ueber **Kal. permang.** schreibt Dr. R. Blumm (Bayreuth): „Seit zirka vier Jahren behandle ich Panaritien, Phlegmonen, Abszesse und Furunkel in folgender Weise: Nach ausgiebiger Spaltung und Entleerung des Eiters wird die ganze Wundhöhle mit Kal. hyperm. cryst. ausgefüllt und dann unverdünnter Holzessig bis zum Ueberfliessen darüber geschüttet; es setzt sofort eine heftige Entwicklung von Sauerstoff ein; die über die Wunde zu legende Gazekompressen ist ebenfalls mit Holzessig, aber in 6%iger Lösung getränkt. Bei Abnahme des Verbandes nach 24 Stunden ist die ganze Wundhöhle mit schmierigen krümmeligen Partikeln ausgefüllt, nach deren Entfernung — am besten

unterm fließenden Wasser — keine nekrotischen Fetzen mehr zu sehen sind; die blossliegenden Teile sind tadellos rein und es tritt eine rasche Heilung ein.“

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 6.)

- P. F. Becker (Frankfurt a. M.). „Auf Veranlassung Lassars habe ich vor acht Jahren ebenfalls beim Lupus das fein pulverisierte K. permang. in mehreren schweren Fällen versucht und z. T. recht schöne, besonders in kosmetischer Beziehung befriedigende Resultate, die jedoch nicht von Dauer waren, gesehen. Die grosse Schattenseite der Kal.-permang.-Behandlung in Pulverform ist ihre intensive und nachhaltige Schmerzhaftigkeit. Da diese Schmerzen natürlich bei anderen Affektionen als beim Lupus kaum geringer sein dürften, so glaube ich, dass dieses Vorgehen sich nicht viel Freunde erwerben wird. Eine weitere Unannehmlichkeit bei der Verwendung des K. permang. in fester Form ist seine grosse Affinität zu Wasser. Das geringste Tröpfchen genügt zur Anstiftung grösster Verschmutzungen. Und für Kaliumpermanganatflecke in ihrer Wäsche pflegen die Pat., wie auch das Pflegepersonal nicht sehr dankbar zu sein. Endlich ist zu beachten, dass das pulverisierte K. permang. einen sehr feinen flüchtigen Staub darstellt, der leicht Schleimhautreizungen verursachen kann. So wurden bei zwei Pat. gelegentlich jeder Pulverapplikation in der Nähe der Nase unerträgliche langandauernde Niesattacken ausgelöst.“

(Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 8.)

Bücherschau.

- Wiederum liegen uns 3 Hefte der **Jahreskurse für Aertzliche Fortbildung** (München, J. F. Lehmann) vor und zeigen, dass dies Unternehmen, dessen Eigenartigkeit wir bereits hervorgehoben haben, das Interesse der prakt. Aerzte in hohem Masse verdient. Das Märzheft enthält die „Verdauungskrankheiten“ (Prof. Fleiner), die „Stoffwechselkrankheiten“ (Prof. Luthje) und die „Blutkrankheiten“ (Prof. E. Meyer), das Aprilheft die „Haut- und Geschlechtsleiden“ (Prof. Neisser) und die „Harnleiden“ (Prof.

Klemperer), das Maiheft „Nervenkrankheiten“ (Proff. Elinger und Vogt) und „Psychiatrie“ (Proff. Binswanger und Berger).

- Mit seinem **Handbuch der Serumtherapie** (Verlag von J. F. Lehmann, München, Preis: Mk. 12) hat der Herausgeber A. Wolff-Eisner eine Lücke ausgefüllt, die bisher in unserer Literatur bestand. Es fehlte an einem Nachschlagebuch für den Praktiker, worin dieser alles findet, was vom praktischen Standpunkte aus von diesem wichtigen und modernsten Zweig unserer Therapie wissenschaftlich erscheint. In dem vorliegenden Handbuch sind viele Autoritäten auf dem Gebiete der Serumtherapie zu Worte gekommen, jeder in seinem speziellen Fache. Trotzdem ist die Darstellung eine durchaus einheitliche und wird allenthalben den Forderungen gerecht, die an ein solches Handbuch zu stellen sind: kurze, klare Darstellung des Stoffes unter Weglassung alles Theoretischen, soweit es nicht zum Verständnis durchaus notwendig ist. Das Wolff-Eisnersche Werk verdient uneingeschränktes Lob und wird seinen Weg machen. — In gleichem Verlage erschien Bd. 37 der Medizin. Handatlanten: **Grundriss und Atlas der speziellen Chirurgie**. Von Prof. Sultan. II. Teil (Preis: M. 16). 40 farbige Tafeln und 261 Abbildungen in prächtigster Ausführung sind in diesem Buche enthalten, dessen Text an Präzision und Klarheit nichts zu wünschen übrig lässt. Der Arzt wird sich mit grösstem Nutzen dieses Werkes bedienen, und es ist jedem Praktiker dringend anzuraten, es sich anzuschaffen.
- Jankaus **Taschenbuch für Kinderärzte** (Eberswalde, M. Gelsdorf. Preis: Mk. 6.—) ist bereits in 3. Auflage erschienen, ein Beweis dafür, dass das Büchelchen bei den Praktikern Anklang gefunden hat. Es bietet auch dem Leser eine Fülle belehrenden Stoffes, was Anatomie, Physiologie, Klinik — die Differentialdiagnostik ist besonders berücksichtigt — anbelangt, Statistisches, Bakteriologisches, Hygienisches, Schulärztliches, Gesetzeskunde, Therapie usw. Die 3. Auflage ist noch wesentlich vermehrt und wird sicherlich zahlreiche neue Freunde finden.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

KNOLL & Co.



Ludwigshafen
am Rhein.

Arsen-Triferrin

Organisches

Arsen-Eisenpräparat.

Arsen-Triferrin enthält 22% Eisenoxyd, 0,1% Arsen, und 2,5% Phosphor. Das Arsen-Triferrin passiert den Magen unzersetzt und wird erst im Darm gelöst und leicht resorbiert. Infolge dieses Verhaltens fallen vor allen Dingen die Arsen-Nebenerscheinungen auf die Magenschleimhaut fort. Die therapeutische Wirksamkeit des Arsen-Triferrins wurde von Prof. *Mösse* in der Senatorschen Klinik, Berlin festgestellt.

Indikationen:

Blutarmut, namentlich nach schweren Krankheiten, manche Fälle von Bleichsucht, die der Wirkung von Eisen allein widerstehen. Neurasthenie und nervöse Erschöpfungs- bzw. Schwächezustände, Hysterie, Skrofulose und Hautkrankheiten.

Dosierung:

*Dreimal täglich eine Tablette zu 0,3 g. Eine Tablette Arsen-Triferrin enthält 0,05 g Fe und 0,0003 g As.
Die Tabletten sind zu zerkauen.*

Preis: 1 Originalflasche mit 30 Tabletten M. 1.—.

Literatur und Proben kostenlos.

Ein praktischer Ausweg für den Arzt

bei der oft schwierigen Frage des Krankengetränkes ist die Verordnung von Kathrein's Malzkaffee. Dieser ist infolge seiner spezifischen Riech- und Schmeckstoffe wohlschmeckend und besitzt gewisse anregende Wirkungen, ohne in irgendeiner Hinsicht schädlich zu sein. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu empfehlen.

Den Herren Ärzten stellt die Firma Kathrein's Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

„Siccator“

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50.

Zu haben bei:

Hermann Katsch, München, Bayerstr. 25.

Asthmainhalations- Zerstäubungsmittel

nach Apotheker **Schoellkopf**,

ärztlich anerkannt und bestens empfohlen

bei asthmatischem Katarrh u. Asthma-Anfällen, Emphysem,
Asthma infolge Heuschnupfen und Krampfhusten.

Das zuverlässigste existierende Asthmamittel. Original-Packung Mk. 7.50;
kleine (Probe-) Packung Mk. 3.—; vorzügliche Spray-Apparate Mk. 7.50.

Literatur kostenlos. Zu beziehen durch das

Chemisch-pharmazeut. Laboratorium „Bavaria“, München

Apotheker **R. Schoellkopf**.

Original from

Jodtropon-Tabletten.

Jede Tablette à 1 g enthält 0,05 g Jod
an Tropon gebunden. Angenehm zu nehmen.

~~~~~ Literatur und Proben kostenfrei durch ~~~~~

**Troponwerke Mülheim a. Rh.**



Warum eignet sich **Kaisers Kindermehl**  
für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis      Proben gratis  
1/4 kg-Dose 65 ¢      1/2 kg-Dose M 1.25.

**Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.**

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,  
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

**Dr. Walther Koch's „Praevalidin“**

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer  
und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung  
und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie  
und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-  
roborierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur  
auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Ge-  
brauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

**Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik**  
**in Döhren bei Hannover.**

Deutsch-Südtirol

# Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

## Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische Behandlung.)

Prospekte auf Verlangen.

Dr. V. M. Malfer, leitender Arzt.

# Lenicet

## Euvaselin

### Bleno-Lenicet-Salben

Dr. R. Reiss'  
Lenicet- u.  
Euvaselinfabrik  
Charlottenburg 4

schwerlös-  
essigsaurer  
Tonerde  
in  
Streupulvern,  
Salben;  
Chirurgie  
Dermatolog.  
Ophthalmolog.  
Gynaecolog.



### Neuheit!

D. R. P. Nr. 193 523.

D. R. G. M. Nr. 329 682.

Apparat zur Anlegung fester  
Verbände an der unteren  
Extremität nach Dr. Manasse

Vorteile des Apparates:

1. Schonender Ausgleich jeder Difformität (bei Knochenbrüchen, nach Operation von Knochenbrüchen und fehlerhaften Gelenkstellungen)
  2. Erhaltung d. korrigierten Stellung während d. Anlegung d. festen Verbandes.
  3. Bequemer Transport des zerlegbaren Apparates.
  4. Verwendbarkeit d. Appar., der an jed. Tisch anzubringen ist, auch ausserh. d. Krankenhauses.
- Preis Mk. 120.—.** Zu beziehen durch sämtl. Instrumentengeschäfte oder direkt vom Fabrikanten **Gustav Kunze Jr., G. m. b. H., Berlin, N. 39, Lindowstr. 18/19,** Fabrik von Krankenhaus- und Operationsmöbeln.

vergl.  
„Zentralblatt  
für  
Chirurgie“  
Nr. 18,  
1908.

ohne  
ärztliche  
Assistenz.



**KÖNIGL.**  
Natürliches Mineralwasser  
**FACHINGEN**

## Von heilwirkendem Einfluss

bei: Gicht, harnsaurer Diathese, Diabetes,  
Erkrankungen der Verdauungsorgane (Sod-  
brennen), Nieren-, Blasen- und Harnleiden.

Appetitanregend  
stoffwechselfördernd  
harnsäurelösend.

Literatur auf Verlangen durch die Brunnen-  
inspektion in Fachingen (Reg.-Bez. Wiesbaden).

**KÖNIGL.**  
Natürliches Mineralwasser  
**FACHINGEN**

**Laxin**  
**Confect**

Original Dose (20 Stück) 1-Mark

**Abführende**  
**Fruchtpasten**

von höchstem  
Wohlgeschmack  
und sicherer,  
milder Wirkung.

Proben und Literatur gratis.

Pharmakon G. m. b. H., Berlin NW. 40.

Prof. Dr.  
**Soxhlet's**

## Nährmittel

für Säuglinge als Dauernahrung sowie für  
ältere Kinder und Erwachsene während und  
nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulver-  
form in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.50.

Nährzucker-Kakao in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric.  
die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 1.80.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat.  
sol. Ph. IV. die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 2.—.

Leicht verdauliche **Eisenpräparate**, klinisch bewährt  
bei Atrophie und Anämie.

== Den Herren Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei. ==

**Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., Pasing b. München.**

# Albin

## Hydrozon (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, Alveolarpyorrhoe und bei foetor ex ore.

Angenehm und erfrischend im Geschmack.

**! Jetzt in weicher Consistenz !**

Grosse Tube (ca. 80 Port.) Mk. 1.—  
Kleine " ( " 30 " ) " 0.60

# Lactagol

## Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten, Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

# Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

---

## Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

**XIX.**  
**Jahrgang.**

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**Einzelpreis 45 Pf.**

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—  
zuzüglich Porto.

**№ 11.**

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge  
aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

**Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.**

## Inhalts-Verzeichnis:

Anästhesie, Narkose. — Antisepsis, Asepsis, Desinfektion. — Arterio-  
sklerose. — Basedowsche Krankheit. — Blutungen. — Diphtherie. —  
Erysipel. — Gonorrhoe. — Menstruationsanomalien. — Nephritis. —  
Obstipatio. — Pneumonie. — Tuberkulose. — Tumoren. — Ulcus molle. —  
Vitæ cordis. — Vermischtes.

# Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzeneiweiß-Präparat. Bester Ersatz für  
Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräpa-  
rat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale  
und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose,  
Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung,  
Glaskörperblutung, Skleritis. = Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg.  
Dosierung: 2—6 Tabletten täglich. = Jede Tabl. enthält 0,05 g an  
Pflanzeneiweiß gebundenes J = Literatur und Proben kostenfrei.

**Chem. Fabr. Dr. Klopfer, Dresden-Leubnitz**

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
Elberfeld-Leverkusen a. Rh.

# Citarin

harnsäurelösendes Formaldehydderivat

vortreffliches Mittel gegen

==== typische Gicht ====

vor allem bei akuten Anfällen

ohne Nebenwirkungen, angenehm im Geschmack, prompt  
schmerzstillend.

Sobald die ersten Anzeichen des Anfalls sich bemerkbar  
machen, in massiven Dosen zu nehmen: 2 g, abklingend  
5—4—3—2 mal täglich, in kaltem Wasser gelöst.

Rp. Citarin-Tabletten à 2 g Nr. X „Originalpack. Bayer“.

## Die unveränderte Zusammensetzung

des Mineralwassers der „Kaiser Friedrich-Quelle,  
Offenbach a. M.“, ist seit Jahren durch zahlreiche  
Analysen festgestellt. Die wesentlichen Bestand-  
teile Na, K, Li, Cl und  $\text{HCO}_3$  Jonen sind stets  
in nahezu gleicher Menge nachgewiesen. Die  
„Kaiser Friedrich-Quelle“ bietet daher den Vorteil  
eines **genau** dosierten **Heilmittels** dar.  
Indiziert bei **Gicht, Nierenleiden, Chole-  
lithiasis**, sowie allen Stoffwechselkrankheiten.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die  
Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.



# SALEN.

D. R. P.

leicht resorbierbarer, geruchloser,  
vollständig reizloser Salizylsäureester  
zur externen Behandlung von Rheumatosen,  
sowie bei akuten Gichtanfällen.

Rp. Salen. spir. aa 10,0 S. äusserlich.

Bei akuten Gichtanfällen: Rp. Salen. pur. 15,0 S. zum Aufpinseln.

## SALENAL

Ungt. Salenae mit 33 $\frac{1}{3}$ % Salen. pur.

Bequemste und billigste Anwendungsweise von Salen.

**Kassenpraxis**

Rp. 1 Originaltube Salenal (ca. 30 g entsprechen 10 g Salen. pur.)  
M. 1,10.

**Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz).**

Adresse für Deutschland u. Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

Muster und Literatur auf Wunsch gratis.

**Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze**

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz  
der versendeten natürlichen Mineralwasser.

**Dr. Sandow's medizinische Brausesalze** zu Trinkkuren.

**Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).**

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

**Dr. Ernst Sandow's  
Kohlensäure-Bäder**

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20, 30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

**Augenbäder**

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift  
des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarrhal. u. entzündl. Augenerkrankungen,  
sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

**Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.**

# Salit

**Schnell schmerzstillendes und heilendes  
Einreibemittel.**

Salit wird unverdünnt von der Haut vertragen.

## **Indikationen:**

Muskelrheumatismus, Neuralgien,  
leichter akuter Gelenkrheumatismus, Tendovaginitis,  
rheumatische Pleuritis, Gallensteinschmerzen.

(2—3mal täglich  $\frac{1}{2}$ —1 Kaffeelöffel voll Salit in die gut gereinigte  
und getrocknete Haut der schmerzenden Stelle einzureiben.)

# Tannismut

## **Darmadstringens**

mit rasch eintretender, lange anhaltender, auch auf die  
unteren Darmpartien sich erstreckender Wirkung bei  
**akuten und chronischen Diarrhöen.**

==== Verbindet Wismut- und Tannin-Wirkung. ====

# Acetylsalicylsäure

## **„Heyden“**

in Pulverform und als Tabletten, die in Wasser sehr leicht  
zerfallen, ausserordentlich billig und von bester Qualität.

# Collargol

statt **Argentum nitricum.**

Völlig schmerzlos, aber ebenso wirksam wie **Argentum  
nitricum** bei Infektionen des Auges, der Blase und Urethra,  
der Nasenrachenhöhle, bei infizierten Wunden.

Proben und Literatur kostenfrei.

**Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.**

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

August

XIX. Jahrgang

1910

### Anästhesie, Narkose. Zur Lokalanästhesie in der

Zahnheilkunde haben H. Bunte und H. Moral auf Grund ihrer Versuche die Fischersche Novokain-Thymollösung entsprechend modifiziert. Sie nehmen statt der 0,62%igen Kochsalzlösung 0,92%ige und setzen die Konzentration des Novokains herab: für Erwachsene auf 1,5%, für Kinder und schwächliche Personen sogar auf 0,5%. Die Formeln lauten also:

Rp. Novocain. 1,5  
Natr. chlorat. 0,92  
Thymol. 0,02  
Aq. dest. ad 100,0

Rp. Novocain. 0,5  
Natr. chlorat. 0,92  
Thymol. 0,02  
Aq. dest. ad 100,0.

Jedem cem ist vor der Injektion 1 Tropfen Suprarenin. synthet. (1:1000) zuzusetzen.

(Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde 1910 Nr. 2.)

- **Die Lokalanästhesie bei der Behandlung von Endometritis und Abort.** Von Dr. Alfred Kraatz (Aus der Privat-Frauenklinik von Dr. Paul Bröse in Berlin). „Wie die Verhandlungen des Chirurgenkongresses zu Berlin 1909 ergeben haben, besteht immer noch ein beachtenswerter Prozentsatz von Todesfällen bei der Allgemeinnarkose (Chloroform 1/2060, Aether 1/5930), und die Lumbal-

anästhesie mit ihren variablen Folgeerscheinungen ist noch sehr des Ausbaues bedürftig. Unter diesen Umständen dürfte wohl jeder erneute Hinweis auf Ausbreitung der Lokalanästhesie, besonders wenn der kleine Eingriff in keinem Verhältnis zu den Gefahren obiger Narkosenarten steht, eine gewisse Berechtigung haben, noch mehr aber ist dies der Fall, wenn dadurch dem praktischen Arzte, der ohne geschulte Assistenz arbeiten muss, ein Verfahren in die Hand gegeben werden kann, welches sich durch Einfachheit und völlige Gefahrlosigkeit auszeichnet und allerorts Anwendung finden kann. Nachdem ich an 35 klinischen und 25 poliklinischen Fällen von Abort und Endometritis die Wirkung der Lokalanästhesie mit Novokain-Suprarenin beobachten konnte, möchte ich kurz an dieser Stelle hierüber berichten. In 20 Fällen handelte es sich um Endometritis, in dem Rest um Aborte von 2—4½ Monaten, mit Einschluss von fünf Einleitungen des Abortes wegen Lungentuberkulose. Gerade die Anwendung des Verfahrens als Narkosenersatz bei den letzteren ist wohl von besonderer Wichtigkeit. Auf Grund meiner Versuche und der schon in der Literatur (Braun, Neu, Freund, Henrich, Kroemer, Herz, Wernitz, Gresser u. a.) niedergelegten Beobachtungen bin ich zu dem Schluss gekommen, dass man mit Injektion von 20 ccm der Lösung einer Tablette A der Höchster Farbwerke (0,125 Novokain und 0,00016 Suprarenin) in 25 ccm physiologischer Kochsalzlösung den genügenden Grad von Empfindungslosigkeit für Dilatation, Curettage und Einführen eines dicken Laminariastiftes oder Metreurynters erreicht. — Einige Kautelen haben sich bei dem Verfahren als wesentlich erwiesen. Die gut funktionierenden 5 ccm-Rekordspritzen werden ohne Sodazusatz in destilliertem Wasser gekocht. Die Kanülen haben eine Länge von 8—10 cm und mittlere Weite. Die Lösung ist jedesmal kurz vor dem Gebrauch frisch zu bereiten. (Der praktische Arzt lässt sich vom Apotheker die physiologische Kochsalzlösung in 25 g-Gläsern mit weitem Hals steril liefern. Die Tabletten selbst sind nach Angabe der Fabrik steril. Je 5 ccm der Lösung werden genau symmetrisch, vorn, hinten, rechts und links in die Zervix injiziert, während unter fortdauerndem Stempeldruck die Kanüle vorsichtig, parallel dem Zervixkanal, aber möglichst randständig, bis in den Uteruskörper vorgeschoben wird. Eine Wärterin besorgt die Fixierung der mittels Kugelzange und hinterer Platte eingestellten Portio. Der kontrollie-

rende Zeigefinger, der zugleich als Stütze der Nadel dient, bemerkt leicht die Infiltrationsanschwellung seitlich und oberhalb der Fornix vaginae; dies halte ich nicht für unwesentlich wegen der Ganglien und sensiblen Nervenverteilung, weil ich das ganze Vorgehen als Leitungsanästhesie auffassen möchte. Durch das Infiltrieren beim Vorschieben der Spritze, event. unter zeitweiligem Zurückziehen des Stempels, wird mit grösster Sicherheit das Anstechen von Gefässen, die in dem durchtränkten Gewebe der Kanülenspitze leicht ausweichen können, vermieden. Nach der Injektion der Lösung ist es eine unbedingte Erfordernis, mindestens 5—8 Minuten bis zur Dilatation verstreichen zu lassen, wenn man nicht den ganzen Erfolg in Frage stellen will. Ueble Nachwirkungen haben sich nie gezeigt. Auch diese Methode, deren vorzügliche Wirkung besonders Frauen auffiel, die sich schon früher ohne Betäubung ähnlichen Eingriffen unterziehen mussten, hat ihre Grenzen, einmal in der Anwendung bei sehr ängstlichen, hypersensiblen Personen, dann auch wegen der Unmöglichkeit, die bei der event. notwendigen Austastung auftretende Druckschmerzhaftigkeit der Parietalserosa, sowie des Scheideneinganges völlig aufzuheben. Eine Morphininjektion vor dem Eingriff, eine anästhesierende Pinselung des Introitus vaginae und die Suggestionsnarkose sind hier als Unterstützungsmittel zu nennen. Als strikte Gegenindikation möchte ich aber im Gegensatz zu Wernitz den septischen Abort nennen und finde mich dabei im Einklang mit Kroemer (Kongress zu Strassburg). Zugleich möchte ich aber kurz erwähnen, dass die Lokalanästhesie an der hiesigen Klinik jetzt häufig bei gynäkologischen Eingriffen an Damm, Vulva und Scheide Anwendung findet, und besonderen Dank schulde ich meinem Chef, dass er mir das Material der Klinik zur Verfügung stellte, um die Alexander-Adamsche Operation mit lokaler Anästhesie auszuführen und auszubilden, was mir nunmehr in einer Reihe von Fällen völlig gelungen ist. Ueber die Technik wird in Kürze berichtet werden. Jedenfalls wird hiermit auch dieser Operation eine nicht unwesentliche Gefahr genommen und weitere Ausdehnung, Anerkennung, sowie Ueberlegenheit über die anderen operativen Massnahmen in der Therapie der mobilen Retroflexio uteri verschafft.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1910 Nr. 22.)

— **Zur Frage der Sterilität der Novokain-Suprarenintabletten.**  
 Von St.-A. Dr. K. H. Kutscher (Hygien.-Chem. Laboratorium der Kaiser-Wilhelms-Akademie in Berlin).

1. Unter 54 von den Höchster Farbwerken hergestellten Novokain-Suprarenintabletten fanden sich 4 = 8% mit sporenhaltigen Bazillen infiziert. An den Wattestopfen der Tablettenröhrchen waren unter vier Fällen zweimal Gelatine nicht verflüssigende Kokken nachweisbar.

2. Die Art der Sterilisierung der Tabletten (fraktioniert, an drei Tagen je eine Stunde bei 60° im Trockenschrank) kann wissenschaftlich zur Erzielung einer sicheren Sterilität der Tabletten nicht anerkannt werden.

3. Da die Tabletten selbst bei dem jetzigen Stande der Technik nicht steril hergestellt werden können, empfiehlt es sich, zur Vermeidung etwaiger Infektionen (Tetanus!) die Tabletten vor dem Gebrauch zu lösen und die Tablettenlösung durch Aufkochen zu sterilisieren. Die Zersetzung des Suprarenins würde hierbei, nach einer Mitteilung Brauns, durch einen geringen Salzsäurezusatz eventuell zu vermeiden sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 24.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfektion.** Ueber Automors

stellte Chefarzt Dr. Roepke (Melsungen) eigene Versuche an, die ihm ergaben: Automors ist ein stark und unangenehm riechendes und stark giftiges Präparat, dessen Desinfektionswirkung für die Verhältnisse der humanen Medizin und Praxis noch gar nicht abgegrenzt ist. Wir müssen daher unsere Klientel vor Anwendung des Automors gemäss seiner Gebrauchsanweisung warnen. Dies um so mehr, als der Preis des Automors im Vergleich zu dem unserer alten Desinfektionsmittel erheblich höher ist. (Acid. carbol. liquef. 100 g = 45 Pfg., 500 g 1.40, Liq. Cresol. sap. 100 g = 40 Pfg., 500 g = 1.20 Mk. nach der deutschen Arzneitaxe, dagegen Automors 100 g = 80 Pfg., 500 g = 3 Mk.). Verfasser ist geneigt, dem Automors gleich seinem Vorläufer Sanatol, mit dem es identisch ist, wie von dem Automors-Werk jetzt zugegeben wird, einen baldigen Tod zu prophezeien.

(Zeitschrift f. Med.-Beamte, 1909 Nr. 24. — Deutsche Med. Zeitung 1910 Nr. 22.)

— Dr. E. Walter (Hygien. Institut Greifswald) hält die **Wohnungsdesinfektion** auch weiterhin für berechtigt und erforderlich. Die Desinfektion darf aber erst dann stattfinden, wenn eine bakteriologische Untersuchung des Rekonvales-

zenten und auch der Gesunden ergeben hat, dass sie bazillenfrei sind, da sonst der Fall eintreten könnte, dass die eben desinfizierte Wohnung von Bazillenträgern wieder mit pathogenen Keimen erfüllt und so der Wert der Desinfektion illusorisch gemacht wird.

(Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspf. 1909 Nr. 4. — Ibidem.)

— **Neue Erfahrungen mit der Alkoholdesinfektion der Hände ohne vorheriges Seifen.** Von Prof. Dr. Schumburg (Strassburg). Schon früher hat Autor folgende Sätze aufgestellt:

1. Das Waschen und Bürsten der Hände mit Seife und heissem sterilen Wasser beseitigt, selbst wenn es 15 bis 20 Minuten lang intensiv fortgesetzt wird, gar nicht oder nur zum geringsten Teil die an der Gebrauchshand haftenden Keime.

2. Dagegen können durch Waschen der Hände mit möglichst absolutem Alkohol fast ausnahmslos 99% und mehr der Handbakterien unschädlich gemacht werden. Zu einer Waschung genügen 200 ccm Alkohol, der mit Mullbäuschchen oder mit Watte auf die Hand gebracht wird.

3. Statt des absoluten Alkohols kann mit genau dem gleichen Erfolg der gewöhnliche denaturierte Brennspritus Anwendung finden.

Autor stellte sich die Wirkung des Seifens und des Alkohols auf Grund dieser experimentellen Erfahrungen so vor, dass die Seife die Haut sowohl wie die Kapseln der Bakterien auflockere und dass deshalb die Bakterien fester an der Haut hafteten, so dass selbst energisches und langes Bearbeiten mit der Bürste sie nicht losbringen konnte. Im Gegensatz dazu härtet der Alkohol die Haut wie die Kapseln, und die Folge ist, dass die Adhäsion zwischen Bakterien und Haut abnimmt und die Bakterien leicht von der Haut abgestreift werden können. Andere Untersucher, wie Kutscher, nehmen an, dass der Alkohol die Bakterien auf der Haut festklebt, wie man ja auch Deckglaspräparate durch Einlegen in Alkohol fixiert.

Eine Bestätigung haben diese Grundsätze erfahren durch von der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums angeordnete Versuche, die an hygienischen Untersuchungsstellen und an chirurgischen Lazaretten angestellt wurden und bewiesen, welche Desinfektionskraft der absolute Alkohol resp. der denaturierte Spiritus besitzen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 23.)

**Arteriosklerose.** Bei der **Behandlung von Oedemen bei Arteriosklerose** hat sich **Dmitrenko** im Städtischen Hospital in Odessa Diuretin in folgenden Ordinationen gut bewährt:

Rp. Diuretin. 6,0—8,0  
Inf. Adon. vern. e 6,0—8,0 : 200,0

Rp. Diuretin. 6,0  
Natr. nitros. 0,6  
Inf. Adon. vern. e 2,0 : 200,0  
M. D. S. 2stündl. 1 Esslöffel.

Wo man schnelle Herzwirkung erzielen will, gebe man:

Rp. Tinct. Strophanth. 2,0—4,0  
Diuretin. 6,0  
Aq. dest. ad 200,0  
M. D. S. 2stündl. 1 Esslöffel.

(Terapewtitscheskoje Obózrenie 1909 Nr. 17 u. 18.)

— **Die Balneotherapie bei A.** Von Dr. J. Höhn (Bad Radein).  
Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Blutdruckbestimmungen haben als Richtschnur unseres balneotherapeutischen Handelns bei A. nur insofern Bedeutung, als uns extreme Abweichungen desselben nicht entgehen sollen; kleine Blutdrucksteigerungen sind nicht von Bedeutung.

2. Die Blutdrucksverhältnisse kontraindizieren nur dann eine Trinkkur sowie den Gebrauch der CO<sub>2</sub>bäder, wenn es sich um konstant abnorm erhöhten Blutdruck handelt und derselbe durch die genannten Kurmittel tatsächlich noch erhöht wird.

3. Eben stattgehabte Hämorrhagien kontraindizieren immer den Gebrauch einer förmlichen Trinkkur und in der Regel auch die Anwendung von CO<sub>2</sub>bädern.

4. Als die beste Badeform bei A. sind laue CO<sub>2</sub>-bäder von nicht zu langer Dauer anzusprechen. Kalte CO<sub>2</sub>bäder sind in der Regel kontraindiziert.

5. In Fällen, wo Kohlensäurebäder gegenangezeigt sind, kommen Sauerstoffbäder in Betracht.

6. Heisse Bäder sind nur als Teilbäder (Hand- und Fussbäder) und Teilabwaschungen (nach Glax) anzuwenden.

(Österr. Ärzte-Zeitung 1910 Nr. 11.)



### **Basedowsche Krankheit. Zwei Fälle von B. durch**

**Röntgenstrahlen sehr günstig beeinflusst.** Von Oberstabsarzt Dr. Kuchendorf, Vorstand der Röntgenabteilung des Garnisonlazarets Posen. Fall 1. Sergeant H., welcher seit Jahren an den Erscheinungen der B. leidet und als dienstunfähig eingegeben werden sollte, wird am 24. Februar 1908 zur Ausführung der partiellen Strumektomie ins Garnisonlazarett Posen aufgenommen. Es bestand bei der Aufnahme eine faustgrosse, sich knollig anfühlende Geschwulst rechts vom Kehlkopf. Ein kleiner Teil der Geschwulst musste bei der Operation zurückgelassen werden, bei dem andern (herausgeschnittenen) Teile wurde durch die mikroskopische Untersuchung im hiesigen Pathologischen Institute der Nachweis geführt, dass es sich um eine maligne Struma (wahrscheinlich krebsige Entartung) handelte. Der zurückgebliebene Rest der Geschwulst wucherte nun weiter, auch in die Wunde, und letztere zeigte absolut keine Neigung zur Heilung. Der Chirurg entschloss sich daher zur Bestrahlung der Wunde mit Röntgenlicht. Am 18. März und am 1. April wird die Geschwulst in der Wunde je 15 Minuten lang mit einer mittelharten Röhre bestrahlt (nähere Angaben über Dosierung usw. waren damals nicht möglich). Zwei Wochen nach der letzten Bestrahlung hatte sich die Wunde vollständig geschlossen, der Befund bei der Entlassung des Mannes aus dem Lazarett am 18. April lautete: „Der Kranke hat sich gut erholt. Ueber der rechten Halsseite parallel dem Brustbeinrande bis zum Schlüsselbein eine 12 cm lange, gut verschiebliche Narbe. Herzdämpfung: Oberer Rand der vierten Rippe, Mitte des Brustbeins, 2 cm ausserhalb der linken Warzenlinie. Spitzenstoss 6 cm breit im fünften Zwischenrippenraum, zweiter Lungenton verstärkt. Puls 68, regelmässig. Augäpfel treten noch etwas vor.“ Wegen der Erscheinungen von seiten des Herzens wurde der Mann zu einer vierwöchigen Badekur nach Nauheim geschickt, von wo er gesund und dienstfähig zu seinem Truppenteile zurückkehrte. Der Mann ist dienstfähig geblieben, hat sogar das Manöver in demselben Jahre mitgemacht; ein Rezidiv ist nicht wieder aufgetreten. Ohne Zuhilfenahme der Röntgenstrahlen dürfte dieser günstige Erfolg, namentlich die Beseitigung der malignen Struma, wohl nicht möglich gewesen sein. — Fall 2. Frau X. leidet seit sechs Jahren an vorstehenden Augäpfeln, häufigen Augenschmerzen, die namentlich bei Handarbeiten und Lesen bei künstlichem Licht eintraten, an einer mässigen

Vergrößerung der Schilddrüse und an einer Herzerkrankung, die sich in einer Vergrößerung bzw. Erweiterung des rechten und linken Herzens, in Verstärktsein des zweiten Pulmonaltons, dumpfen und schwachen Herztönen im allgemeinen und unregelmässigem, zuweilen aussetzendem Pulse, heftigem Herzklopfen und Herzschmerzen äusserten. Es wurden neben dem längere Zeit fortgesetzten innerlichen Gebrauche von Antithyreoidin, Arsen mit Eisen und den sonst üblichen Herzmitteln (Eisbeutel, Digalen, Strophantus usw.) die Bäder von Nauheim und Kudowa gebraucht und ausserdem in verschiedenen Herz-Sanatorien elektrische Bäder in allen ihren Formen, leichte Wasserprozeduren und die sonstigen in solchen Anstalten zur Verfügung stehenden Mittel in Anwendung gezogen. Von den verschiedenen deshalb konsultierten Aerzten, darunter mehrere Spezialärzte allerersten Ranges, waren die meisten der Ansicht, dass es sich bei der Frau um die B. handelt. Da alle in Betracht kommenden Mittel erfolglos waren und die Kranke immer elender wurde (sie konnte wegen Herzklopfens kaum noch über die Strasse gehen und ihrem Haushalte nicht mehr vorstehen), wurde ihr von einer auf dem Gebiete der B. besonders erfahrenen Berliner Autorität geraten, sich einen Lappen der Schilddrüse herausschneiden zu lassen (partielle Strumektomie), und die Kranke war dazu auch fest entschlossen. Bevor ich jedoch diesen bei dem Zustande der Kranken höchst bedenklichen und in seinem Erfolge unsicheren Eingriff machen liess, versuchte ich noch die Behandlung mit Röntgenstrahlen, zumal mir aus der Praxis und aus der Literatur einige, wenn auch nur wenige Fälle von erfolgreicher Behandlung von B. mittels Röntgenstrahlen bereits bekannt waren. Die Behandlung bestand in Bestrahlungen der einzelnen Lappen der Schilddrüse mittels einer mittelweichen Burger-Röhre (Zentral) von 6—7 We. und einer Belastung von 1—1½ Milliampere. Es wurde jedesmal ½ Erythemdosis verabfolgt und dann bis zur nächsten Drüsenbestrahlung mindestens 14 Tage gewartet. In der Zwischenzeit aber wurde je eine Herzbestrahlung ausgeführt (Fokus senkrecht über der Mitte der Verbindungslinie zwischen linkem Angulus scapulae und der Wirbelsäule) mit einer Belastung der Röhre von 3—4 Milliampere (¼ Erythemdosis). Im ganzen wurden vier Drüsen- und vier Herzbestrahlungen ausgeführt. Die Herzbestrahlungen wurden für nötig erachtet, um das lästige Herzklopfen zu beseitigen, das die Kranke vor allem nicht schlafen liess.

Schon nach der ersten Herzdurchstrahlung war der Puls, der vorher 90 betrug, auf 78 gefallen und voller geworden. Die Kranke, welche gleich nach der Herzbestrahlung etwas müde geworden war, fühlte sich zwei Stunden nachher bedeutend erleichtert und war ohne alle Beschwerden. Durch diese Behandlung (Drüsen- und Herzbestrahlung) wurde erreicht, dass der Umfang des Halses sich um 3 cm verringerte (von 40 auf 37 cm), dass die Augäpfel sich verkleinerten, die Augenschmerzen sich verloren, dass der Schlaf wiederkehrte und die Dilatation zunächst des linken, dann auch des rechten Herzens verschwand. Das Herzklopfen ist, wie es scheint, dauernd beseitigt und der Puls wieder ruhig und regelmässig (78). Noch auf ein Symptom möchte ich aufmerksam machen, das nach der Röntgenbestrahlung nicht wieder aufgetreten ist, nämlich die profuse Schweissabsonderung, welche früher bei der geringsten körperlichen Anstrengung sich einstellte und die Kranke immer sehr schwächte. Die letzte Bestrahlung fand am 1. Februar 1910 statt. Seitdem fühlte sich die Kranke dauernd wohl. Sie steht wieder ihrem Hause in vollem Umfange vor, macht längere Spaziergänge bis über eine Stunde ohne jede Beschwerde und meint überhaupt vollständig gesund zu sein. Objektiv ist am Herzen gegenwärtig nichts Krankhaftes zu finden. Wenn ich mir auch heute ein abschliessendes Urteil darüber, ob bei dem letzten Falle dass bisher Erreichte von Dauer sein wird, noch nicht erlauben darf, so ist der bisherige Erfolg doch so in die Augen springend, dass ich glaube, den Fall zur allgemeinen Kenntnis bringen zu müssen. Ich betone aber bezüglich der Therapie noch einmal, dass nach meiner Ueberzeugung ohne die Herzbestrahlungen bzw. Herzdurchstrahlungen der Erfolg kein so eklatanter gewesen wäre. Die Wirkung der Herzbestrahlungen erkläre ich mir als eine direkte Beeinflussung der Herzganglien durch die Röntgenstrahlen. (Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 21.)

- Henry C. Drury: **Glykosurie und Basedow**. Auf Grund eines Falles von Diabetes und B. bei einem 18jähr. Mädchen bespricht Verf. die Literatur. Beide Krankheiten sind entweder gleichzeitig vorhanden, oder es entwickelt sich nach der Heilung des B. ein Diabetes. Diese Kombination ist kein blosser Zufall, sondern beruht wahrscheinlich auf gewissen, allerdings nicht näher bekannten Korrelationen, die zwischen der Schilddrüse und den Langerhansschen Zellinseln des Pankreas zu bestehen scheinen. Dass die

verschiedenen drüsigen Organe einander gegenseitig beeinflussen können, zeigt sich z. B. beim Myxödem und bei der B. Mangel des Schilddrüsensekretes (Myxödem) führt zum Aufhören, Hyperthyreoidismus (B.) zu einer Vermehrung der Schweißsekretion. Eppinger hat nun ähnliche Beziehungen auch zwischen Schilddrüse und Pankreas festgestellt. Hyperthyreoidismus inhibiert die innere Sekretion des Pankreas und führt daher zu einer alimentären Glykosurie oder zu einer Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Kohlehydrate. Lorand fand, dass nach einer Thyreoidektomie die Langerhansschen Zellinseln grösser werden, und dass die Glykosurie, die bei Tieren nach Exstirpation des Pankreas zustande kommt, verschwindet, sobald auch die Schilddrüse entfernt wird. G. Murray berichtet über einen Fall von B., bei welchem die Dargebung von Thyroideaextrakt während der Rekonvaleszenz zur Ausbildung eines Diabetes führte. Man muss also annehmen, dass beim B. die innere Sekretion des Pankreas insuffizient wird (alimentäre Glykosurie) oder gänzlich aufhört (Atrophie der Zellinseln und Diabetes).

(The Dublin Journ. of Med. Science, Febr. 1910. —  
(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr 23.)

### **Blutungen. Traumatische subdurale Spätblutung.** Von Dr.

M. de Hartogh, Medizinischer Adviseur von der Unfallgesellschaft „Fatum“, Amsterdam. „Am 19. Dezember vorigen Jahres fiel der 54 Jahre alte Pferde knecht C. J. N. vom Bock seines Wagens, weil sein Pferd durchgegangen war. Hierbei erlitt der Kutscher eine unbedeutende Kontusion an der linken Schulter, ferner eine stark blutende Kopfwunde. Nach dem Falle war der Mann kurze Zeit bewusstlos, jedoch brauchte er sich nicht zu übergeben. Am nächsten Tage begab sich N. zu seinem Arzte, Herrn Dr. v. D., der eine ca. 4 cm lange Wunde an der linken Stirnseite feststellte. Die Wunde war teils gequetscht, teils war der Wundrand glatt; es handelte sich nur um eine Hautwunde — das Periost blieb intakt. — Der untere Teil der Wunde wurde zusammengenäht und heilte ausgezeichnet. Der andere Teil der Wunde heilte innerhalb von zehn Tagen. Schmerzen fühlte der Pat. weder in der Wunde, noch in ihrer Umgebung; von einem Blutextravasat sowie von Temperatursteigerung keine Spur. Der Puls zeigte keine Unregelmässigkeiten, obgleich durch meinen Kollegen Herrn Dr. v. D. ganz besonders auf etwaige Veränderungen geachtet wurde. Der Pat. blieb dann auch nicht wegen der Kopf-

wunde in Behandlung, sondern nur wegen seiner Schmerzen in der linken Schulter. Diese verschwanden aber nach und nach, so dass N. am 4. Februar entlassen werden konnte. Der Mann klagte nicht über Kopfschmerzen. Als Beweis, dass die Ohnmacht nur unbedeutend war, diene noch, dass der Kutscher sich sofort nach dem Unfalle zu seinem Prinzipal begab, dem er erzählte, wie das Unglück sich zugetragen hatte. ‚Amnesie‘ besteht nicht. Der kontrollierende Arzt konnte nur der Ansicht des behandelnden Arztes beitreten, in seinem Rapport gibt er an: ‚G. J. N. ist vollkommen zurechnungsfähig und klagt nur wenig über Kopfschmerzen.‘ Am 10. Februar begab sich der Pat. wieder an seine gewohnte Arbeit, die er wohl schon früher wieder aufgenommen hätte, wenn ihn nicht die Folgen der Schulterverletzung daran verhindert hätten. Am 13. Febr. wurde Kollege v. D. wieder zu N. gerufen. Diesem war am vorhergehenden Tage während seiner Arbeit unwohl geworden, nachdem er einige Tage vorher bereits über Kopfschmerzen geklagt hatte. Laut Augenzeugen hatte sich die Sache folgendermassen zugetragen: N. arbeitete mit einem Beile, plötzlich wusste er nicht mehr, was er mit dem Beile tun sollte, sein Gedächtnis verliess ihn; er wusste nicht mehr, zu welcher Arbeit er gerufen war, sein Gang war schwerfällig, er konnte nur schlecht und mit Mühe sprechen und wurde schliesslich gelähmt. Kollege v. D. stellte bei dem Pat., der zu Bette lag, ‚Aphasie‘ und Lähmung des rechten Beines und Armes fest (13. Februar). N. war bewusstlos und äusserte nur, als man ihn mit lauter Stimme anrief, den Klang ‚Ja‘; andere Laute wurden nicht vernommen. Am 16. Februar bekam der Pat. ‚Konvulsionen‘ und am 17. Februar starb er. An die Versicherungsgesellschaft wurde sofort darauf folgendes Schreiben geschickt: ‚Die von mir wahrgenommenen Krankheitserscheinungen, das Entstehen und der Verlauf der Krankheit, dazu die Aussagen seiner Familie und der Bekannten lassen es mir in höchstem Masse wahrscheinlich erscheinen, dass der Tod des Pferdeknechtes G. J. N. in engstem Zusammenhange mit der am 20. Dezember vorigen Jahres erhaltenen körperlichen Verletzung steht.‘ In Gegenwart der Herren Dr. v. D., Dr. L. B. und dem Verfasser Dieses wurde darauf am 20. Februar durch Herrn Dr. de R. die Leiche seziert. Dem Sektionsbericht ist folgendes entnommen: Die Haut an der Stirn wies über dem linken Auge eine nicht verwachsene, nur oberflächliche Narbe auf. Die ‚Galea‘ ist überall stark mit dem Schädel verwachsen,

keineswegs stärker in der Narbengegend, am Periost und Stirnbein, was besonders die linke Hälfte betrifft, ohne jede Abweichung. Die Hirnschale mässig stark mit der Dura verwachsen, jedoch an Stirn- und Hinterkopfbein aussergewöhnlich stark. ‚Pacchionische‘ Gruben links im Vergleich zu rechts ziemlich gross, enthielten schwarze Gerinnsel, die schwer weggewaschen werden konnten, Sinus longitudinalis nicht thrombosiert. Die Dura zeigte über der ganzen linken Vorderhälfte eine dunkle braunrote Verfärbung, die sich sehr stark von der grau-bleichen rechten Hälfte abzeichnete; ungefähr an den ‚Stirnwindungen‘ ist eine Einsenkung, ohne Zeichnung der darunterliegenden Krümmungen, die ca. 7 cm breit ist und sich beim Anstossen an den Schädel deutlich sichtbar bewegt. Die rechte Hälfte der nach links umgeklappten Dura mater zeigt, eine Verdickung ausgenommen, nichts Besonderes, ebensowenig die in den Sinus einmündenden Pia-venen. Die linke Hälfte behält auch nach der Abwaschung die dunkelbraune Farbe, während bei Inzision eine teerartig dunkle Flüssigkeit (Blut), ungefähr eine Eierschale voll, aus einer Höhlung ausfliesst. Diese Höhlung wurde gebildet durch einen Eindruck in die mit Pia und Arachnoidea überdeckten Stirnwindungen und die Durawand. In der Durawand liegt, sich weiter nach hinten ausdehnend, ein plattes „Hämatom“, ungefähr 12 cm breit, beweglich, welches nach Einschnitt Blut, das sich schon früher dort befand, entleert. Die Innenseiten der Wände bleiben braun gefärbt, auch nach der Abwaschung. Die erste, zweite und ein Teil der dritten Stirnwindung bleiben eingedrückt und abgeflacht, nachdem das Blut von dem ‚subduralen Hämatom‘ entfernt ist. Die Venae cerebrales zeigen links mehr und auch dunkler gefärbtes, geronnenes Blut. Ein Ausgangspunkt für diese B. war nicht zu finden. Die Dura selbst ist ganz und gar verdickt, nicht glatt, aber sie zeigt keine hämorrhagische Veränderungen. Die Arachnoidea mattglänzend, getrübt, ist fibrös verdickt, neben den Gefässen an der linken Vorderseite rot gefärbt, was auf erhöhten Gehirndruck schliessen lässt. Aus dem Subarachnoidalraum fliesst keine cerebrospinale Flüssigkeit ab (erhöhter Gehirndruck). Alle Ventrikel sind ohne Blut oder irgendeine Flüssigkeit, Ependym makroskopisch unverändert. Die Frontal- und vordersten Zentralwindungen sind links abgeflacht, die erste sehr stark. Die Sulci sind beinahe verschwunden. Die Konsistenz dieser Windungen ist bedeutend weicher als die an der rechten Seite. Die

Frontalwindungen sind noch zu schneiden, die vorderste Zentralwindung bis an die Fossa Sylvii weicht wie von selbst vor dem Messer; Farbe: hellrosa — ohne scharfe Grenze zwischen Grau und Weiss. Arteriosklerotische Veränderungen oder Thromben an den Gehirngefässen nicht zu finden. Die Temporal- und Occipitalwindungen sind links etwas weicher als rechts, man kann sie schneiden, doch sind sie sonst unverändert. Cuneus, Praecuneus, Corpus callosum, Thalamus, Cruces cerebri, Capsula int. et ext., corpora quadrigemina, Pons und Medulla oblongata ohne Abweichungen, Konsistenz gewöhnlich; ebenfalls gilt dies vom Wurm und beiden Hemisphären des kleinen Gehirns. — Endurteil: Am 18. Dezbr. ist der Pat. von einem Wagen auf den Kopf gefallen, ist kurze Zeit bewusstlos gewesen; wahrscheinliche Folge die älteste Schicht der Haematoma durae matris, ohne Druck auf das Gehirn. (Der Pulsschlag war normal.) — Er verrichtet ländliche Arbeiten, empfindet dann nach dem 3. Februar Kopfschmerzen, wahrscheinlich infolge von beginnender Subduralblutung aus nach dem Unfälle vom 18. Dezember verletzten oder krank gewordenen Gefässen. Diese Blutung nahm am 12. Februar plötzlich derart zu, dass das grosse Hämatom mit Druckerscheinungen entstand. Die Folge war die Störung der Blutzirkulation in den Frontalwindungen, die Gedächtnisschwäche hervorrief. Der Druck auf die Zentralwindungen hatte Parese von Arm und Bein zur Folge. Der Pat. wurde soporös, die Störung der Blutzirkulation in den genannten ‚Centra‘ verursachte schliesslich epilepsieartige Erscheinungen, nachher zunehmenden Druck auf das Gehirn, Erweichung und Exitus am 17. Februar. Die bestehende chronische Entzündung der Meningen plus der Schädelverdickung kann Pars minoris resistentiae für die Hämorrhagie gewesen sein. Auf Grund dieser Sektion wurde angenommen, dass der Pat. an den Folgen des Unfalls vom 18. Dezbr. 09 gestorben war. Die Versicherungsgesellschaft zahlte demnach den Hinterbliebenen die gesetzliche Entschädigung.“

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1910 Nr. 5.)

**Diphtherie.** F. Reiche, **Ein Beitrag zur Serumbehandlung der D.** (Aus dem Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.) In den letzten Jahren wurde mit sehr gesteigerten Serumdosen, zuletzt vielfach mit intravenöser Zufuhr vorgegangen, und R. glaubt, Gutes damit erzielt zu haben. Ausschlaggebend für den Erfolg blieb stets die Zeit, zu der die spezifische Therapie zu Hilfe gezogen werden konnte. Von

766 abgelaufenen Fällen, bei denen der Anfang der Krankheit zweifelsfrei festgestellt ward, standen, als sie das Antitoxin erhielten,

|            |                   |                              |            |   |        |
|------------|-------------------|------------------------------|------------|---|--------|
| 52         | am 1.             | Krankheitstag, davon starben | 2          | = | 3,8 %  |
| 248        | " 2.              | " " "                        | 21         | = | 8,5 "  |
| 241        | " 3.              | " " "                        | 33         | = | 13,7 " |
| 141        | " 4. u. 5.        | " " "                        | 41         | = | 29,1 " |
| 45         | " 6. u. 7.        | " " "                        | 16         | = | 35,6 " |
| 30         | an späteren Tagen | " "                          | 8          |   |        |
| <u>766</u> |                   |                              | <u>121</u> | = | 15,9 " |

Ueber den vorbeugenden Wert der Antitoxinimpfungen ist R. ebenfalls ausführliche Daten zu geben in der Lage. In dem 29 Monate einschliessenden Zeitraum wurden mit suspekten, aber, wie sich ergab, nicht durch Diphtheriebazillen bedingten Rachenbelägen — Streptokokken, Pneumokokken, Meningokokken und das Plaut-Vincentische Bakteriengemisch wurden bei ihnen als Erreger angesprochen — im ganzen 286 Personen dem Diphtheriepavillon überwiesen und dort wechselnd lange in den gleichen Räumen mit den Diphtheriekranken nach einer alsbald beim Eintritt erfolgten Seruminjektion beobachtet und behandelt. R. erlebte trotz der bei ihnen affizierten und so eher zur Infektion disponiert zu vermutenden Rachenschleimhaut in dieser ganzen Gruppe nicht eine einzige Hausinfektion mit D.; auch die bei den letzten 185 am Tage der Entlassung durchgeführten Abimpfungen von Rachenschleim auf Hammelserumagar liessen; selbst wenn der Aufenthalt unter den Diphtheriepat. tage- und vereinzelt wochenlang gedauert hatte, in keinem Falle die spezifischen Mikroben angehen. Während desselben Zeitraums erkrankten von dem ungeimpften Aerzte- und Pflegepersonal 4 Assistenten und 18 Schwestern und Pflegerinnen an D., auch hier die grössere Hälfte im Laufe der letzten zwölf Monate.

(Medizin. Klinik 1909 Nr. 49.)

- H. Fette, **Die Behandlung der D. mit intravenösen Seruminjektionen.** (Aus dem Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.) Das Material umfasst 145 Fälle, die in den letzten drei Monaten intravenös gespritzt worden sind. Zu gleicher Zeit sind viele Fälle subkutan behandelt worden, grösstenteils deshalb, weil es technisch wegen Obesitas oder Feinheit der Gefässe nicht möglich war, die Nadel in die Vene einzuführen. Verschiedentlich wurde bei sehr schweren Fällen, wo es nötig wurde, die Vene für die Injektion freigelegt. Die Menge des Serums betrug nicht unter



3000 Immunitätseinheiten. Es wurde vereinzelt bis zu 8000 Immunitätseinheiten, die man auf einmal injizierte, gestiegen. Der grösste Teil der Kranken wurde in den ersten drei Krankheitstagen eingeliefert. Die Gesamtmortalität beträgt für diese Zahl 6,74%. Vergleicht man hiermit die Sterblichkeitsziffer der nach dem dritten Krankheitstage aufgenommenen, so erhält man 30,55%. Schon diese Zahlen weisen mit zwingender Notwendigkeit auf die Wichtigkeit der frühzeitigen Seruminjektion hin. Vor der Aufnahme hatten Serum erhalten fünf, von denen einer starb. Die Gesamtmortalität der 145 Fälle beträgt 13,8%. Zieht man die moribund aufgenommenen und die in den ersten 24 Stunden verstorbenen Fälle ab, so bleibt 8,5%. Durch hämorrhagische Diathese kompliziert waren 19, davon starben 14: Die Prognose dieser Komplikation gilt von jeher als pessima. Operiert wurden 19 Kranke, 17 männliche, 12 weibliche. Die Mortalität betrug 42,1%. Wichtig ist nun die Entscheidung, ob man durch die intravenöse Methode einen grösseren und sicheren Erfolg zu erwarten hat als durch die subkutane Injektion. Zu diesem Zweck wurden zwei Gruppen, die während der gleichen epidemischen Häufung der Diphtheriefälle aufgenommen sind, verglichen. Dabei zeigte sich nun, dass von 50 als schwer zu bezeichnenden Fällen 17, von der gleichen Anzahl subkutan Behandelte 22 gestorben sind. Es wird jedoch noch weiterer Beobachtung bedürfen, um ein abschliessendes Urteil über den Wert dieser Therapie zu erhalten. Jedenfalls gelang es, einen Teil der als schwerste Infektion anzusehenden Fälle, nämlich solche mit hämorrhagischer Diathese komplizierten, durchzubringen.

[(Medizin, Klinik 1909 Nr. 50.)]

### **Erysipel. Die Behandlung des E. mit heisser Luft.** Von Prof.

Dr. C. Ritter (Städt. Krankenhaus Posen). Autor hat 19 Fälle so behandelt und war mit dem Erfolg sehr zufrieden. Auffallend war stets der rasche Temperaturabfall, die schnelle Besserung des Allgemeinbefindens; aber auch lokal wirkte die heisse Luft recht günstig ein. Bei den Gliedmassen bediente sich Autor durchweg der Bierschen Kästen, nur in dem Falle, wo Arm, Bein und Rumpf erkrankt waren, trat das Quinkesche Schwitzbett an seine Stelle. Fürs Gesicht wurde allein der Schornstein verwendet, der soweit vom Gesicht entfernt aufgestellt wurde, dass der heisse Luftstrom, der das Gesicht trifft, eben erträglich empfunden wird. Die heisse

Luft wurde mindestens zwei- bis dreimal eine halbe bis eine Stunde täglich appliziert.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 21.)

- **Ein altes in Vergessenheit geratenes hyperämisiertes Mittel.** Von Prof. Dr. C. Ritter. Es handelt sich um das heisse Bügeleisen. Pierquin (Des frictions avec les fers chauds. Gaz. méd. du Montpellier 1853 und Journal des conaiss. méd. chir. Nov. 1852) las in einem 1694 von einem Herrn v. Coulanges an eine Dame (Madame de Sévigné) geschriebenen Briefe die Nachricht, dass ersterer, an heftigem Rheuma der Schulter leidend, von der Kammerfrau, der Frau von Saint Gerau schnell geheilt wurde, indem letztere ihn mit einem heissen Bügeleisen bügelte. Seitdem hat Pierquin dieses Verfahren bei den verschiedensten Krankheiten mit besonderem Erfolge angewandt. Auch Récamier soll das Bügeleisen in seiner Klinik und in der Privatpraxis erfolgreich benutzt haben. In Deutschland soll das Bügeleisen auch gegen Erysipelas und zahlreiche andere Affektionen von diesem oder jenem in Anwendung gezogen worden sein, so bei verschiedenen nicht zur Eiterung neigenden Entzündungen, bei Scharlach, Rheumatismus, Kartarrhen der Luftwege und chronischer Aphonie, bei Störungen der Menstruation, bei Entzündungen der Sehnenscheiden, der Gelenke, bei Muskelkrankheiten usw. Bei Erysipelas, welches rasch wanderte oder die Neigung hatte, schnell zu verschwinden, und sobald üble Symptome diese Neigung ankündigten, in solchen Fällen traktierte man die Kranken mit dem Bügeleisen, indem der Arzt mit nicht zu grosser Hitze eine Stunde lang über die Haut an der Erysipelstelle hin und her fuhr; diese Behandlungsweise habe hinsichtlich des Erfolges alle anderen übertroffen. Nützlich sei es auch, die Anwendung des Bügeleisens für den ganzen Körper auszudehnen, besonders auf die Lebergegend. Bezüglich der Technik des eigentümlichen Verfahrens wird bemerkt, dass die zu bügelnden Teile mit einfachem oder doppeltem Flanell bedeckt und dass dann mit dem mehr oder weniger heissen Bügeleisen langsam oder schneller, stärker oder drückend darüber hingefahren wurde. Es wird der Rat erteilt, dass es sich empfehle, die Wärme des Bügeleisens zuvor an einem Tuche zu erproben. Nach dem Bügeln, dessen Dauer sehr verschieden war, wurden die Pat. in wollene Decken gewickelt und so einige Zeit liegen gelassen.“ Weiteres habe ich leider bisher über diese Be-

handlungsmethode nicht finden können. Die Kritik ist sehr rasch mit dieser Therapie fertig geworden. So sagt Tillmanns in seiner Monographie über Erysipelas: „Wenn man Geschichte der Behandlung des E. schreiben wollte, so würde das eine wenig dankbare, nutzbringende Arbeit sein. Es würde sich konstatieren lassen, dass oft planlos bald in diesen, bald in jenen Mitteln experimentiert wurde, dass nicht selten ganz abenteuerliche Mittel angewandt wurden, welche heute unser mitleidiges Lächeln erregen.“ „Zu diesen kaum glaublichen Behandlungsmethoden gehört z. B. unter anderem die Anwendung des Bügeleisens gegen Rotlauf, eine Methode, welche ihrer Abenteuerlichkeit halber hier kurze Erwähnung finden mag.“ Ich kann diesem verdammenden Urteil nicht beistimmen. Ich meine vielmehr, dass wir es hier mit einem nicht mit Unrecht angewandten, aber wie es scheint, völlig in Vergessenheit geratenen stark hyperämisierenden Mittel zu tun haben, das wir aber gut tun, der Vergessenheit zu entreissen. Es ist wohl zweifellos, dass mit dem Bügeln ziemlich der gleiche Effekt hervorgerufen werden muss, wie mit der Heissluftbehandlung, über deren physiologische Wirkungen wir jetzt durch exakte Versuche sehr genauen Einblick gewonnen haben. Dass das Mittel praktisch von grossem Vorteil ist, haben wir in den letzten unserer Gesichtserysipel-Fälle erfahren, bei denen wir fast ausschliesslich die Bügelung verwandten. Gerade im Gesicht ist die Anwendung der heissen Luft oft schwierig. Die Augen müssen sorgfältig mit Watte oder feuchten Kompressen geschützt werden und der breite heisse Strom, der aus dem Schornstein durch die Zimmerluft hindurchstreicht, trifft die erysipelatoöse Fläche oft nur ungenügend, oft zu stark. Ausserdem sind die einzelnen Stellen bei den Vorsprüngen und Vertiefungen des Gesichts von der Flamme verschieden weit entfernt, und um gleichmässig eine grosse Gesichtspartie zu behandeln, gehört viel Aufsicht und Bedienung. Bei den Extremitäten liegt es anders; hier bleibt der Heissluftkasten die einfachste Methode. Aber auch bei ausgedehntem E. der Extremität und des Rumpfes zusammen reichen die Kästen nicht aus. In allen diesen Fällen scheint mir die Bügelung eine sehr willkommene Ergänzung der Heissluftbehandlung. Dass sie kräftig wirkt, brauche ich wohl nicht zu betonen. Wir machten die Erfahrung, dass die Pat. das Bügeln ebenso angenehm empfanden wie die heisse Luft. Wir haben nur 10—15 Minuten gebügelt, aber dreimal am Tage die Prozedur wiederholt. Inwieweit

auch andere Prozesse mit dieser Methode zu beeinflussen sind, kann ich vorläufig nicht sagen. Sehr handlich ist bis jetzt das Instrumentarium nicht. Das medizinische Warenhaus wird aber in kurzem ein bequemerer, leichteres und zweckentsprechenderes Instrument herstellen, bei dem auch die Möglichkeit gegeben ist, die Temperatur genau zu regulieren und schnell zu ändern.“

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1910.)

### **Gonorrhoe. Ueber das Isoform bei der Behandlung der**

**G. des Weibes.** Von Dr. R. Asch (Breslau). Sehr gute Erfolge. Bei der Urethralgonorrhoe bewährten sich zur Selbstbehandlung die *Isuralstäbchen* der Hofapotheke in Dresden mit 5, 10 und 20% Isoform, täglich ein- oder zweimal 1 Stück eingeführt. Dieselbe Behandlung empfiehlt sich bei *Urethrovaginitis infantum*. Hier werden längere Stäbchen in die Vagina, kurze, sehr dünne, in die Urethra geführt, was jede Mutter ausführen kann; für die vaginale Behandlung genügt eine Applikation alle 3—4 Tage. Um die Urethra der Frau vor Infektion bzw. Reinfektion durch das Uterinsekret zu schützen, tamponiert man zweckmässig die Scheide mit 5%iger, und wenn diese gut vertragen wird, event. 10%iger *Isoformgaze* aus. Diese bewahrt ihre antiseptische Kraft 2—3 Tage lang. So kann die Tamponade die Ausspülungen tagelang überflüssig machen.

(Zentralblatt f. Gynäkologie 1910 Nr. 12.)

— Die **älteren Balsamica zur Behandlung der G.** verschreibt M. v. Zeissl (Wien) in folgenden Formen, die sich ihm gut bewähren:

Rp. Extr. aether. Cubeb.  
Spirit. Terebinth.  $\overline{aa}$  0,1  
D. t. dos. Nr. 100 ad caps. gelatin.  
S. Täglich 6—12 Stück zu nehmen.

Rp. Pulv. pip. Cubeb. recent. 20,0  
Sacch. lact. 5,0  
M. Div. in dos. Nr. 15.  
S. In Oblaten in 24 Stunden  
zu verbrauchen.

Rp. Extr. aether. Cubeb.  
Spirit. Terebinth.  $\overline{aa}$  100,0  
Pulv. Magn. ust. q. s. ut f. pill. Nr. 200

oder:

Rp. Zink. sulf. pur.  
Terebinth. Laric. aa 1,0  
Pulv. rad. Ratanh. q. s. ut f. pill. Nr. 30.  
S. 3mal tägl. 1 Pille.

Rp. Balsam. Copaiv. 20,0  
Tinct. aromat. acid. 5,0.  
S. 4mal tägl. 15—20 Tropfen.

Rp. Bals. Copaiv. 10,0  
Magn. ust. q. s. ut f. pill. pond. 0,3  
Consperg. pulv. eodem.  
S. 4mal tägl. 6—10 Pillen.

Rp. Ol. lign. Santal. ostind. 15,0  
Ol. Menth. pip. gtt. VIII.  
S. 3—4mal tägl. 15—20 Tropfen.

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 19.)

### **Menstruationsanomalien. Die Behandlung der Dys-**

**menorrhoe nach Polano.** Von Hof-R. Dr. Flatau (Nürnberg). Polano ist zu seiner Methode durch folgenden Gedankengang angeregt worden. Die Wechselwirkung zwischen der weiblichen Brustdrüse und den Ovarien ist heute nicht abzustreiten; im Gegenteil befestigen Beobachtungen sowohl aus dem Tierreich als auch aus der Physiologie und Pathologie des Weibes die Ansicht, dass tatsächlich einige gegenseitige Beeinflussung zwischen der sekretorischen Tätigkeit der Mamma und der jetzt wohl allgemein hypothetisch angenommenen Innensekretion der Ovarien besteht, vor allen Dingen in dem Sinn, dass bei einer ausgesprochenen Tätigkeit der Mamma tatsächlich die sekretorische Tätigkeit der Ovarien eine bedeutende Einschränkung, vielleicht sogar einen Stillstand erfährt. Das trivialste Beispiel dieses Vorganges ist die Unterdrückung der Menses bei der grössten Mehrzahl der Frauen, die ihr Kind stillen. Aber auch für die umgekehrte Beeinflussung gibt es heute interessante Beispiele. Erinnerung sei nur an die Arbeit von Grünbaum, in der eine Reihe von Krankengeschichten mitgeteilt wird, bei welchen nach operativer Entfernung beider Ovarien, also nach dem Ausfall der sekretorischen Funktion der Eierstöcke eine starke Anschwellung der Mamma sich zeigte und in einer ganzen

32\*

Reihe von Fällen tatsächlich eine mehr oder minder anhaltende Milchabsonderung beobachtet werden konnte. Erinnert sei auch an die jedem Viehzüchter geläufige Lehre, dass kastrierte Kühe ungefähr zwei Jahre lang ebensoviel Milch produzieren wie Kühe, die gekalbt haben. Polano hat nun folgenden naheliegenden Schluss gezogen. Wenn die Dysmenorrhoe in einer Reihe von Fällen abhängig ist von einer übermässigen, wenn auch in der Art ihres Reizes uns noch unbekannten Tätigkeit der Eierstöcke, so müsste es gelingen, diese Tätigkeit herabzusetzen, wenn wir die Brustdrüse in einen Zustand des Reizes versetzen. Das bequemste Mittel, einen physiologischen Reiz in einem Organ anzuregen, haben wir in dem Verfahren der sogenannten Hyperämisierung kennen gelernt. Polano hat die Absicht durchgeführt, die Brustdrüse zu hyperämisieren, und zwar ebenfalls auf dem uns von Bier und seinem Schüler Klapp gelehrtten Wege, nämlich durch Anlegung von Saugglocken. Seine Resultate waren durchweg befriedigend. Er selber betont, dass er niemals ein völliges Versagen seines originellen therapeutischen Verfahrens bemerkt hat. Beeinflusst von der Arbeit Polanos hat Flatau im Laufe der vergangenen zwei Jahre eine ganze Reihe von Fällen von Dysmenorrhoe nach dem Polanoschen Verfahren behandelt. Doch hat er, um ganz sicher zu gehen und um alle Fehlschlüsse sowohl nach der positiven als auch nach der negativen Seite möglichst auszuschalten, ein ganz unzweideutiges Material für seine Versuche in Betracht gezogen. Er hat nämlich das Verfahren nur bei Fällen von virgineller Dysmenorrhoe nachgeprüft. Einer der Gründe, der ihn dazu bewog, war die naheliegende Absicht, nur solche Fälle zu behandeln, bei denen wirklich das Krankheitsbild der idiopathischen reinen Dysmenorrhoe vorliegt. Bei diesen Virgines war mit einer an Sicherheit grenzenden Gewissheit eine störende Erkrankung von seiten der inneren Genitalien wohl ausgeschlossen. Der zweite Grund war ein mehr praktischer. Gerade der Privatgynäkologe sieht in jedem Jahre eine grosse Reihe dieser jungen Mädchen, die unter dem Ansturm ihrer Menstruationsbeschwerden alle drei oder vier Wochen oft auf das äusserste leiden, gezwungen sind, das Bett zu hüten, und die tatsächlich durch diese wiederholten Attacken auf ihr Nervensystem in den Entwicklungsjahren auf jeden Reiz besonders empfindlich reagieren. Eine lokale Behandlung ist bei diesen Fällen ausgeschlossen; man würde auch bei dem Fehlen pathologischer Tastbefunde gar keinen Ansatz-

punkt für eine solche Therapie finden können. Man ist also gezwungen, mit der symptomatischen Therapeutik, mit Beruhigungsmitteln eventuell sogar mit Narkoticis arbeiten zu müssen. Würde sich das Verfahren Polanos in seinen Folgen bestätigen, so müsste es, da es den modernen Zwecken entsprechend aufgebaut ist, da es bequemer anzuwenden ist als die erwähnten symptomatisch-therapeutischen Massnahmen, da es endlich den Pat. die Möglichkeit gibt, die Behandlung selbst durchführen zu können, unbedingt den Vorzug verdienen. Autor hat sich im grossen und ganzen den Vorschlägen Polanos angeschlossen und hat es auch nicht für nötig gefunden, sie im Laufe dieser zwei Jahre abzuändern. Nur die Saugglocken selbst wählte er nicht so gross wie Polano, sondern nahm eine Glocke, deren Durchmesser 7—8 cm beträgt und die mit einem festen Gummiball armiert ist. Diese Anordnung ist für die Pat., besonders diejenigen, die sich selbst behandeln, angenehmer als die von Polano vorgeschlagene, da seine grossen Glocken eine besondere Entleerungspumpe erfordern. Vier oder fünf Tage vor dem Datum der zu erwartenden Menses sollen die Mädchen die beiden Saugglocken an ihren Brüsten am Warzenhof anbringen, und zwar täglich zum mindesten während einer halben Stunde. Die Pat. lernen sehr rasch die Glocken luftdicht zum Ansaugen zu bringen und der geringe Schmerz, der im Beginne der Hyperämisierung entsteht, wird von ihnen gerne vertragen, um so mehr, da er gewöhnlich nach den ersten Minuten des Anliegens schon zu verschwinden pflegt. Wählt man die Glocken zu klein, wie Autor es in der Anfangszeit auch getan hat, so tritt ein mehr oder minder isoliertes Ansaugen des Warzenhofes und der Brustwarzen ein, das tatsächlich oft ausnehmend schmerzlich empfunden wird. Die Hyperämisierung der Brüste zeigt sich alsbald unter den bekannten Symptomen: starke Rötung der Haut und pralle Füllung der Hautgefässe. Was nun die Resultate anbetrifft, so muss von vornherein festgestellt werden, dass das Verfahren tatsächlich in fast allen Fällen die Dysmenorrhoe zum Verschwinden gebracht hat. Auch Autor muss bemerken, dass er ein Versagen bei wirklich geeigneten Fällen von reiner Dysmenorrhoe nicht beobachtet hat. Freilich schwankt das Aufhören der krampfartigen Beschwerden in ziemlich weiten Grenzen. Einzelne von den jungen Pat. gaben an, dass sie absolut schmerzlos in den Beginn der Periode getreten seien. Bei andern haben bloss die unangenehmsten Symptome, die Koliken

nachgelassen und bei einigen ganz hartnäckigen Fällen, die auch mit heftigem Brechreiz verbunden waren, ist es gelungen, wenigstens dieses eine Symptom zum Verschwinden zu bringen. Der günstige Einfluss der Saugbehandlung imponierte den jungen Pat. so sehr, dass fast alle darum baten, sie möchten die Behandlung selbst regelmässig fortsetzen und sich in den Besitz dieser Saugglocken bringen. So überraschend, ja verblüffend oft der momentane Erfolg der Hyperämisierung der Brustdrüsen war, so selten kam es zu einem dauernden Resultat. Antor hat oft den Versuch gemacht, die Saugbehandlung wieder auszusetzen; aber in den meisten Fällen kehrten die dysmenorrhöischen Beschwerden im alten Mass wieder. Das wäre freilich ein Nachteil, der aber gegenüber der Einfachheit und Harmlosigkeit des Verfahrens nicht schwer ins Gewicht fällt.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1910 Nr. 13.)

### **Nephritis. Zur Praxis der kochsalzarmen Ernährung.** Von

Dr. J. Leva (Berlin-Tarasp.) Der Wichtigkeit des Gegenstandes halber seien hier grössere Abschnitte der Arbeit wiedergegeben.

Die salz- beziehungsweise chlorarme Ernährung ist in der letzten Zeit sowohl in der Psychiatrie und Neurologie, als auch in der inneren Medizin zu einer sehr wichtigen diätetischen Behandlungsmethode geworden und ihr Anwendungsgebiet erweitert sich fast noch mit jedem Tag. Ausser bei den Bromkuren der Epileptiker und sonstiger Nervenkranker wird sie mit Erfolg eingeleitet bei Fällen von parenchymatöser N. mit Oedemen oder Neigung zu Oedemen und bei Kranken mit Diabetes insipidus und ist sie neuerdings auch bei N. gravidarum und Eklampsie, bei Zystitiden und Pyelitiden und bei manchen Magenkrankheiten (Ulkus, Hyperchlorhydrie, Gastrosukkorrhöe, digestiver Hypersekretion und saurem Katarrh) empfohlen worden.

Nachdem nun durch diese angeführten Indikationen die grosse praktische Bedeutung dieser Diät klar zutage liegt, drängt sich zunächst noch die Frage auf, ob der Mensch überhaupt für längere Zeit oder sogar auf die Dauer — denn es handelt sich ja bei den in Frage stehenden Krankheiten um recht chronische Zustände — mit kleinen Kochsalzmengen ohne Schaden zu nehmen auskommen kann. Und darauf kann mit aller Bestimmtheit eine bejahende Antwort gegeben werden, die, wie wir weiter unten sehen werden, sowohl durch physiolo-



gische Tatsachen und Beobachtungen fest gestützt, als besonders auch durch die praktische Erfahrung bei der schon oft zu therapeutischen Zwecken durchgeführten kochsalzarmen Ernährung bewiesen ist.

Was nun die Ausführung und Technik der Methode betrifft, so hat Strauss wiederholt, sowohl durch seinen Schüler Tischler, als auch selbst, genaue Angaben darüber gemacht und auch Widal an verschiedenen Stellen, so zuletzt in seinem Vortrag zu Wiesbaden sich klar darüber ausgesprochen. Die Grundlage der richtigen praktischen Ausführung der Methode bildet natürlich die genaue Kenntnis des Kochsalzgehaltes der Nahrungsmittel und es sei hierbei auch gleich auf den springenden Punkt der ganzen Frage aufmerksam gemacht, nämlich auf den Unterschied zwischen dem Kochsalzgehalt der Rohprodukte (Fleisch, Eier, Gemüse usw.) und der fertigen Speisen.

Was diese letzteren betrifft, hat Strauss durch Tischler die Ausführung einer Reihe Analysen tischfertiger Speisen und Berechnungen von Kochrezepten veranlasst. Aber trotzdem reigen noch die neuesten Zusammenstellungen des Chlor- beziehungsweise Chlornatriumgehaltes der Nahrungsmittel, dass für eine grosse Menge der gebräuchlichsten und wichtigsten Nahrungsmittel die Chlorbestimmung noch ganz fehlt (z. B. für sehr viele Fische, für Hammelfleisch, Taube, Huhn, Reh, Gans und für unzählige andere wichtige Nahrungsmittel), oder dass dieselbe nicht zuverlässig genug erscheint (z. B. zeigen Schweinefleisch bei Schall und Heisler 0,05%, bei Albu und Neuberg 0,0096% NaCl, bei Schall und Heisler die Süsswasserfische (es sind im ganzen nur zwei aufgeführt) 0,1%, die Meerfische (ebenfalls nur zwei) 0,59% NaCl, was nicht stimmt und zu einer falschen Auffassung verleitet und ähnliches mehr). Bei der Wichtigkeit der Sache folgte Autor deshalb gerne der Anregung von Herrn Prof. Strauss, durch eigene Untersuchungen diese Lücken auszufüllen, und so wurden im Laufe des Winters 1909/10 im physiologischen Institut der Königlichen Universität in Berlin über 100 Nahrungsmittel auf ihren Chlorgehalt, teils neu analysiert, teils nachgeprüft. In der ausführlichen anderswo erscheinenden Veröffentlichung habe ich dann auch die übrigen einwandfreien und zerstreut in der Literatur befindlichen Chloranalysen der gebräuchlichsten menschlichen Nahrungs- und Genussmittel (über 260) gesammelt und da sie ganz verschieden, das heisst bald auf die Gesamt-, bald auf die Reinasche und diese wieder teils

auf die Trocken-, teils auf die natürliche Substanz berechnet und infolgedessen für die praktische Verwendung bei unserer Diät nur wenig geeignet waren, neu und einheitlich, und zwar auf % NaCl der natürlichen Substanz umgerechnet. Es enthält also jene Tabelle, die über 360 Analysen umfasst und in welcher die bisher fehlenden oder vom Autor beanstandeten Angaben durch seine eigenen Analysen ergänzt, beziehungsweise ersetzt sind, nunmehr ein ziemlich vollständiges und jedenfalls für die praktische Ausführung der kochsalzarmen Diät genügendes Material, sowohl was die Rohprodukte, als auch die tischfertigen Speisen betrifft. Ein kurzer Auszug aus dieser Zusammenstellung mag hier Platz finden.

Es enthalten 100 g der natürlichen Substanz an Chlornatrium (in Gramm ausgedrückt):

Die verschiedenen Fleischsorten (Wild inbegriffen): 0,09—0,17. (Froschschenkel nur: 0,05, dagegen Kalbsniere: 0,32, Kalbshirn: 0,29.)

Die Süßwasserfische: 0,06—0,12.

Die Seefische: 0,16—0,41.

Geflügel: 0,14—0,17. (Gans dagegen: 0,20.)

Austern, ohne Seewasser: 0,52, mit Seewasser: 1,14.

Kaviar: 3,0—6,18.

Die geräucherten und gesalzenen Fleisch- und Fischdauerwaren: 1,85—20,59. (Geräucherter Speck: 1,0, Schinken: 1,85—7,5.)

Die geräucherten, aber nicht gesalzenen Fische (Bückling, Sprotte: 0,31—0,38.

Die marinierten und in Oel eingelegten Fische: 1,79 bis 5,49.

Würste: 2,2—8,1.

Pasteten: 2,2—40,1.

Suppendauerwaren: 8,1—15,48 (nur Fleischzwieback der österreichischen Armee: 0,6—0,77).

Fleischextrakte: 1,4—14,6.

Speisewürzen und käufliche Saucen: 9,37—22,46. (Maggis Bouillonkapseln 53,13!)

Von den Nährpräparaten, Valentines meat juice: 0,08. Roborat: 0,0051, Bengers peptonised beef jelly (flüssig): 0,16, Hämatin-Albumin (Finsen): 0,13, Plasmon: 0,21. Sanatogen: 0,42, Somatose: 0,66, die übrigen 0,8—16,73.

Eier: 0,13—0,21. (Eigelb: 0,039, Eiweiss: 0,31.)

Milch: 0,15—0,16. (Molken: 0,11—0,15, Boumasche Diabetikermilch: 0,14, Rahm: 0,012.)

Butter, ungesalzen: 0,02—0,21, gesalzen: 1,0—3,0.  
(Margarine: 2,15, Palmin: 0,0016.)

Käse: 1,59—10,57 (nur eine Sorte Cheddar: 0,23 und englischer Rahmkäse: 0,7, sowie ungesalzener Gervais: 0,13, ein deutscher Rahmkäse [sogenannter Schichtkäse]: 0,20 und Topfen [Quark]: 0,18!).

Kindermehle: 0,03—0,70.

Brot, recht verschieden, durchschnittlich: 0,5—0,6 (auch Kakes: 0,47—0,87).

Zerealien: 0,014—0,046. (Sago: 0,19.)

Mahlprodukte: 0,002—0,35. (Weizenmehl: 0,002 bis 0,008, Hafergrütze: 0,26—0,29, gewalzte Haferkerne: 0,35!).

Kartoffeln und andere Wurzelgewächse: 0,016—0,078 (nur Batate: 0,16).

Leguminosen: 0,058—0,09 (nur Linsen: 0,13—0,19!).

Die frischen Gemüse und Pilze, durchschnittlich: 0,016—0,08. (Gelegentlich aber Salate bis 0,17, Blumenkohl bis 0,15, Spinat bis 0,21, Savoyerkohl bis 0,44, Sellerie bis 0,49, Mohrrüben bis 0,3, Winterkohl sogar bis 0,75!).

Die eingemachten, das heisst Büchsengemüse, durchschnittlich: 0,67—1,27.

Eingesäuerte Gemüse (Sauerkraut, saure Gurken): 0,73—1,45.

Früchte: 0,004—0,07. (Rosinen: 0,16, Mandeln: 0,09, Walnuss: 0,019.)

Zucker: 0,002—0,11.

Gewürze: 0,019—0,43. (Speisesenf oder Mostrich bis 2,66.)

Genussmittel (Tee, Kaffee usw.): 0,05—0,15.)

Getränke: 0,001—0,01. (Englische Ale: 0,10.)

Tafelwässer, sehr verschieden: 0,002—0,23.

Suppen, durchschnittlich: 0,3—1,0. (Apfelsuppe: 0,015, Weinsuppe: 0,23, Milchsuppe: 0,25.)

Tischfertige Fleisch- und Fischspeisen: 0,39—1,92 und darüber.

Saucen: 0,7—1,5. (Gelegentlich aber auch viel mehr.)

Eierspeisen: 0,2—1,1.

Gemüse (tischfertig): 0,49—0,91.

Salate (angemacht), durchschnittlich: 0,4.

Kompotte: 0,019—0,031.

Mehlspeisen, ungesalzen: 0,02—0,06, etwas gesalzen: 0,2—0,4. (Maccaroni à la Napolitaine: 1,04!).

Bei Betrachtung dieser Zusammenstellung ergibt sich zunächst die Tatsache, auf die Strauss von Anfang an eindringlich hingewiesen hat, dass die konservierten und zubereiteten Nahrungsmittel viel mehr Kochsalz enthalten, als die Rohmaterialien, das heisst, es sind die meisten Nahrungsmittel in ihrem natürlichen Zustand kochsalzarm, erhalten aber durch uns zum Genusse eine teilweise sehr beträchtliche Kochsalzzugabe. Wir pflegen mit unserer Nahrung täglich 10—15 g Kochsalz zu uns zu nehmen und diese Zahl wird oft sogar nicht unbedeutend überschritten. Es liegt aber eigentlich eine physiologische Notwendigkeit dazu gar nicht vor, denn einerseits wissen wir, dass die Fleischfresser unter den Tieren, um gut zu gedeihen, keinerlei Salzzusatz zur Nahrung fordern, und Fleisch enthält ja nicht mehr als 0,1 bis 0,2% NaCl), andererseits kennen wir Naturvölker, die nur von animalischer Kost (Fleisch und Milch) leben und das Kochsalz entweder gar nicht kennen oder wo sie es kennen, direkt verschmähen. Aber auch bei den Kulturmenschen hängt die Menge der Kochsalzzufuhr mehr von der Erziehung und Gewohnheit, als von einem wirklichen Bedürfnis ab und lässt sich, wie schon eine grosse Zahl Beobachtungen an Gesunden und Kranken gelehrt hat, ohne Schaden bedeutend herabsetzen.

(Schluss folgt.)

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 20.)

### **Obstipatio. Zur Kenntnis der Obstipationsalbuminurie.**

Von Dr. Roubitschek (Karlsbad). Aus seinen Tierversuchen zieht Autor folgende Schlüsse: Die künstliche Obstipation bei Tieren bedingt wahrscheinlich eine venöse Stauung, die zu Eiweissausscheidung führt; diese Albuminurie ist gekennzeichnet durch das Auftreten anfangs geringer, später grösserer Eiweissmengen. Im Harnsedimente treten zuerst rote und weisse Blutkörperchen, dann einzelne granulierte und epitheliale Zylinder, schliesslich vereinzelt hyaline auf. Ihre Erklärung finden diese in dem mikroskopischen Bilde, welches durch starke Blutungen und trübe Schwellungen der Epithelien gekennzeichnet ist.

Im Anschluss hieran teilt Autor drei Fälle von Obstipationsalbuminurie mit.

1. Frau v. K., 29 Jahre alt, anämisch, zweimal geboren, seit drei Jahren hartnäckige Obstipation; Stuhlgang erfolgt bloss auf Einnahme von Abführmitteln. War vorher nie krank gewesen. Gynäkologisch kleine Retroflexio

nachweisbar. Im Harn, der ein spezifisches Gewicht von 1025 zeigt, Eiweiss in Spuren nachweisbar, vereinzelte hyaline Zylinder. Pat. beginnt die Brunnenkur, die Defäkation regelt sich innerhalb acht Tage, von da an jede Spur Eiweiss sowie Zylinder verschwunden.

2. H. G., 19 Jahre alt, legt eine mehrtägige Reise mit kurzen Unterbrechungen zurück. Stuhlgang bisher stets normal. Während der Reise vier Tage Obstipation. Bei der sofort nach der Ankunft des Pat. vorgenommenen Untersuchung zeigt der Harn deutliche Eiweissreaktion und vereinzelte hyaline Zylinder, die prompt nach erfolgter Defäkation schwinden.

3. H. K., 50 Jahre alt, war bisher stets gesund und rüstig. Keine Zeichen der Arteriosklerose. Seit zwei Monaten andauernde hartnäckige Obstipation. Pat. leidet an Schwindel und Müdigkeit. Der Stuhlgang erfolgt nur mühsam durch Irrigation, die einzelne Skybala werden als Kugeln abgesetzt. Die Ausnutzung des Kotes ist eine sehr gute. Im Harn Spuren von Eiweiss, die dauernd konstant bleiben und zwar im Morgenharn mehr als im Abendharn. Gleichzeitig manchmal hyaline Zylinder nachweisbar. Nach Regelung der Diät erfolgt Besserung und gleichzeitig schwindet aus dem Harn Eiweiss, sowie Zylinder.

(Berliner klin. Wochenschrift 1910 Nr. 18.)

- **O. als Ursache einer Metrorrhagie im Wochenbett.** Von Dr. L. Hand (Grodok-Jagiellonski). Plötzlich heftige Blutung am siebenten Tage nach einer normalen Geburt. Uterus bis zwei Querfinger unter dem Nabel mannsfaustgross ausgedehnt, gegen Druck empfindlich. Wellenförmige Ausdehnung der hinteren Scheidenwand infolge grosser Kotanhäufungen im Mastdarm. Nachdem diese durch zwei Irrigationen mit 2½ Wasser entfernt waren, stand die Blutung, der Uterus verkleinerte sich.

(Österreichische Ärzte-Ztg. 1910 Nr. 11.)

**Pneumonie.** H. Brüning, **Kinderpneumonie und Pneumokokkenheilserum.** (Aus der Kinderabteilung des Univ.-Krankenhauses in Rostock.) B. gibt zunächst zwei Krankengeschichten. Wir sehen im ersten Falle bei einem einjährigen Kinde mit lobärer P. des rechten Oberlappens, dass trotz dreimaliger Injektion von je 100 I.-E. Römerschen Pneumokokkenserums keinerlei Besserung der die Erkrankung begleitenden Krankheitserscheinungen zur Beobachtung gelangt ist, welche mit der Einverleibung des

Serums in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden konnte. Obwohl die Injektionen von dem kleinen Pat. gut vertragen wurden, ist weder in seinem Allgemeinbefinden, noch an der Temperatur- und Pulscurve etwas für den Effekt des Serums Charakteristisches zu bemerken, eine Erscheinung, die um so bedeutsamer wird, als während der Serumtherapie nichts mit dem Kinde zur Bekämpfung der P. geschehen ist, was die Serumwirkung irgendwie hätte beeinflussen oder gar verwischen können. Der am zweiten Krankheitstage in Behandlung gekommene und sogleich seruminjizierte Knabe entfieberte glatt in der Nacht vom fünften auf den sechsten Krankheitstag, einem Termin, zu welchem auch ohne Serumeinwirkung der Ablauf des Krankheitsprozesses erwartet werden durfte, der dann später ohne weitere Störung völliger Genesung geführt hat. Auch in dem zweiten Fall von kruppöser P. bei einem neun Jahre alten Kinde, welches am vierten Krankheitstage in serotherapeutische Behandlung kam, kann von einem nennenswerten, objektiv wahrnehmbaren Effekt der Seruminjektion nicht die Rede sein. Die dreimaligen Injektionen von je 5 ccm Serum (600 I.-E.) haben weder auf das Allgemeinbefinden, noch auf den Gang der Temperatur- und Pulscurve irgendwelchen Einfluss gehabt; sie haben auch nicht vermocht, den Ablauf des Krankheitsprozesses zu beschleunigen oder gar abzukürzen; denn erst am siebenten Krankheitstage trat ein allmähliches Sinken der Körpertemperatur ein, welches am neunten Krankheitstage zur vollständigen Entfieberung und damit auch zur Genesung führte; ein Ausgang, wie er, falls man auf die Seruminjektionen verzichtet hätte, ebenfalls kaum anders zu erwarten stand. Waren die beiden mitgeteilten Fälle von Kinderpneumonien nicht dazu angetan, den objektiven Beobachter von der mehrfach gepriesenen günstigen Wirkung des Römerschen Pneumokokkenserums zu überzeugen und zu weiteren einschlägigen Versuchen zu ermuntern, so war dasselbe ebensowenig bei den vier weiteren Beobachtungen der Fall, von denen zwei durch das Auftreten eines Exanthems vor den übrigen sich auszeichneten. B. kommt zu folgenden Schlüssen: „Wenn also auch unsere Beobachtungen sich nur auf sechs Fälle von Kinderpneumonien stützen, so haben uns doch die bisher mit dem Serum gemachten Erfahrungen nicht von der Wirksamkeit des Römerschen Pneumokokkenserums zu überzeugen vermocht, und wir müssen es weiteren Untersuchern anheimstellen, ob sie eine bei der jugendlichen und noch

unverdorbenen Kraft des rechten Herzens im Kindesalter in weitaus der Mehrzahl der Fälle günstig ablaufende Erkrankung den keineswegs ganz harmlosen (Exanthemen!) und sicheren Erfolg verheissenden Serumtherapie überliefern wollen, während sie in der Lage sind, durch mehr allgemeinhygienische Massnahmen, wie sie oben angedeutet wurden, dem Kinde sein schweres Leiden erträglich zu machen und, falls nicht eben unvorhergesehene Störungen eintreten, mit grösster Wahrscheinlichkeit nach 5—8 Tagen seine Heilung herbeizuführen.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 42.)

- **Zur Behandlung der Lungenentzündung.** Von Hofrat Dr. Volland (Davos). Die beste Behandlung ist, die Kranken vollkommen in Ruhe zu lassen, in absolut ruhiger Rückenlage. Man lasse sie nicht behufs Untersuchung aufsitzen, Stuhl soll auf Bettschüssel im Liegen erfolgen. Bei hohem Fieber wird der Kopf und die Brust mit Eisbeutel abwechselnd gekühlt. Doch lindern warme Breiumschläge auch bei hohem Fieber heftiges Stechen manchmal besser. Auch bei Temperaturen über 40° C. wurden nie Antipyretika innerlich angewandt. Gegen den quälenden Husten wird eine Mixtur von Ipekakuanha mit etwas Morphinum gegeben. Der Herzschwäche zu begegnen, wird beizeiten Kampfer in Kapseln gereicht. Das wesentliche bleibt, den Kranken möglichst in Ruhe zu lassen und ihm die heftigen Erschütterungen der Lunge durch den quälenden Husten zu ersparen. Jedes Aufsitzenmachen des Kranken hat zu unterbleiben, sei es zur Anlegung eines Wickels oder um ihn wohl gar in ein Bad zu bringen, sei es zu einer Untersuchung, um den Stand der Krankheit zu erforschen.

(Therap. Monatshefte, Juni 1910.)

### **Tuberkulose. Ueber die Anwendung des Pantopon (Sahli).**

Von Dr. Julius Hallervorden (aus der II. inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Moabit zu Berlin). „Das Pantopon, welches Sahli in die Therapie eingeführt hat (Therap. Monatsh. 1909, Jan.), ist ein wasserlösliches Opiumpräparat, in welchem sämtliche Alkaloide des Opiums an Chlor gebunden enthalten sind. Es wird von der Firma Hoffmann-La Roche & Co. in den Handel gebracht in Form von Tabletten zu 0,01, in 2%iger Lösung, als Pulver zur Herstellung von Lösungen, sowie steril in Ampullen von 1,1 ccm (= 0,02) zur subkutanen Injektion. Ein besonderer Vorzug ist die leichte Sterilisierbarkeit der

Lösung — sie kann ohne chemische Veränderung gekocht werden — und die schnelle Wirkung. Sahli gibt das Pantopon als Beruhigungsmittel mit denselben Indikationen wie Morphinum und Opium. Da bisher wenig Berichte über die Wirkung des neuen Mittels vorliegen, haben wir eine Reihe von Versuchen damit angestellt, welche die von Sahli gehegten Erwartungen durchaus bestätigen. Wir führen einige Ergebnisse an: Sehr geeignet erwies sich das Pantopon bei schwerer Darmtuberkulose, bei welcher die starken Diarrhöen und Schmerzen nicht genügend durch die üblichen Mittel bekämpft werden konnten. Wurde morgens und abends eine Pravazspritze (= 0,02) Pantopon gegeben, so genügte dies nicht nur, um die Durchfälle zu beseitigen oder doch auf ein Minimum herabzusetzen, sondern auch die Hustenbeschwerden liessen nach, und es trat eine allgemeine Beruhigung ein, so dass von allen anderen Mitteln abgesehen werden konnte. In einem Falle schwerster Lungenphthise mit Amyloid der Nieren, starken Oedemen und lebhaften subjektiven Beschwerden genügten zweimal 0,02 g Pantopon in 24 Stunden, um den Pat. zwei Wochen lang (bis zum Tode) vollkommen beschwerdefrei zu erhalten. Auch innerlich wurde in leichteren Fällen von Darmtuberkulose das Präparat in Tabletten verabfolgt, die sehr gern genommen wurden; doch konnte in den wenigen Fällen, wo es gegeben wurde, ein Vorzug vor der gewöhnlichen Form der Darreichung des Opiums als Tinct. op. spl. nicht konstatiert werden. — Als allgemeines Beruhigungsmittel besitzt es durchaus die von Sahli hervorgehobenen Vorteile vor dem Morphinum. Bei einem Tabiker mit sehr lebhaften lanzinierenden Schmerzen musste schliesslich zu Morphinum gegriffen werden, da durch Antipyretika und alle anderen üblichen Massnahmen eine Linderung der Beschwerden nicht mehr herbeizuführen war. Aber der Pat. vertrug das Morphinum schlecht, er bekam danach Uebelkeit und Unruhegefühl. Hier konnte durch Pantopon Hilfe gebracht werden. Es genügten wieder zweimal 0,02 g subkutan, um 24 Stunden hindurch den Kranken in einem fast schmerzfreien und vor allem ruhigen Zustande zu halten. Wurde ihm ohne sein Wissen wieder Morphinum gegeben, so stellte sich gleich das alte Unbehagen wieder ein. Zwar nahm das Morphinum die Schmerzen auch, aber das Pantopon wirkte länger und intensiver auf das psychische Verhalten, der Pat. fühlte sich wohler und ruhiger und schlief besser und länger, ganz abgesehen davon, dass unbequeme Nebenwirkungen fehlten. Bei einem schweren



Phthisiker mit chronischer Hämoptöe, Herzleiden und Nephritis versagten alle Narkotika: nach der ersten Morphiuminjektion bekam er leichte Vergiftungserscheinungen, nach Skopolamin Halluzinationen und Erethismus. Pat. war mehrere Nächte schlaflos, unruhig, aufgeregt und gereizt. Nach 0,02 g Pantopon wurde er ruhig und verfiel in tiefen Schlaf. Jetzt gelingt es seit zwei Wochen, durch täglich zwei Spritzen den sehr empfindlichen Kranken euphorisch zu erhalten. — Von der subkutanen Anwendung wurden Nachteile nie beobachtet; die auch nach längerem Aufbewahren stets klaren Lösungen verursachten keine lokale Reizwirkung. Unangenehme Allgemeinerscheinungen sind auch bei wiederholter Anwendung nicht beobachtet worden, ausser etwa Kopfschmerzen bei der leicht entstehenden Obstipation, welcher bei einiger Aufmerksamkeit unschwer entgegengewirkt werden kann. Das Pantopon bedeutet nach den bisherigen Erfahrungen demnach im Gegensatz zu vielen Eintagserzeugnissen mancher chemischen Industrien einen wirklichen Fortschritt für unsere Therapie. Es verdient eine ausgedehnte Anwendung in der inneren Praxis. Namentlich aber dürfte es sich auch zu Opiumkuren bei Geistes- und Nervenkranken empfehlen.“

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1910.)

- **Ueber das Auftreten von Fieber bei Thiosinamin- resp. Fibrolysinbehandlung.** Von Dr. R. Neisse (Bern): Seitdem die Behandlung von narbigen Strikturen und dergleichen mittels Thiosinamins und Fibrolysin aufgekomen ist, sind hie und da Intoxikationserscheinungen beobachtet worden. Einerseits handelte es sich um Hautaffektionen, wie masern- oder urtikariaähnliche Ausschläge, andererseits um Allgemeinsymptome, deren hauptsächlichstes in Fieber von kürzerer oder längerer Dauer bestand. Die Seltenheit der letzteren Fälle rechtfertigt es immerhin, eine derartige Beobachtung kurz zu erwähnen. Fiebererscheinungen beobachtete Hebra bei sonst fieberfreien Tuberkulösen und erklärte dieselben als Folge der durch das Thiosinamin angeregten Resorption aus tuberkulösen Herden. Brinitzer beobachtete wiederholte Fieberanfälle bis 39,8 bei einem Fall von diffuser Sklerodermie. Baumstark Fieber und heftige Kopfschmerzen bei einer Gallenstein-kranken mit Cholezystitis und Colitis membranacea. Das Eigentümliche bei diesen zwei Fällen war, dass das Fieber nicht von Anfang an auftrat, sondern erst nach der fünften

resp. zehnten Injektion. Aus jüngster Zeit ist von Grösse ein Fall von Rheumatismus veröffentlicht worden, bei dem es — ebenfalls erst nach der fünften Injektion von je einer Ampulle Fibrolysin — zu schweren Allgemeinstörungen (Fieber, Erbrechen, Verfall der körperlichen und geistigen Kräfte) kam, von denen sich der Pat. erst nach mehreren Wochen zu erholen vermochte. Neisses Fall, der allerdings leicht verlief, betrifft einen Pat., bei dem er nach der Empfehlung von Friedländer die Behandlung wegen einer pleuritischen Schwarte angefangen hatte. Dieser Fall reiht sich offenbar denjenigen von Hebra an. Denn obwohl der Nachweis einer Lungentuberkulose nicht sicher zu erbringen war, ist es doch höchst wahrscheinlich, dass es sich hier um eine solche handelte. Es ist daher anzunehmen, dass die Vergiftungssymptome auf der Resorption toxischer Produkte aus den tuberkulösen Herden der Pleura resp. Lunge beruhten. Demnach scheint es geboten, mit der Fibrolysinbehandlung besonders bei Verdacht auf T. vorsichtig zu sein und die Injektionen auszusetzen, sobald auch nur die geringsten Störungen auftreten; denn die Intoxikationserscheinungen können bei Wiederholung der Einspritzungen heftig werden und unter Umständen längerdauernde oder vielleicht bleibende Schädigungen nach sich ziehen. Bei einigermassen manifester T. möchte Autor die Fibrolysinbehandlung überhaupt widerraten.

(Therap. Monatshefte Mai 1910.)

— **Zur Technik der Lungenperkussion.** Von Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Hildebrandt (Freiburg). Autor schreibt: „Die Lungenperkussion gehört zu den schwierigen Untersuchungsmethoden, deren Ergebnisse man mit zunehmender Erfahrung immer kritischer bewertet. Deshalb ist dem ernsthaft strebenden Arzte jeder Wink willkommen, der ihn auf die Möglichkeit von Täuschungen hinweist und ihm Mittel und Wege gibt, sich vor Irrtümern zu bewahren. Vor einiger Zeit kam ein muskulöser Bauer in meine Sprechstunde mit Klagen, die auf eine beginnende Lungentuberkulose hindeuteten. Die perkutorischen Veränderungen waren gering, ihre Bewertung aber sehr schwierig, zumal da sich rechts am Ansatz der ersten Rippe an das Sternum eine erhebliche Knochenverdickung befand. Ich verglich immer wieder den Perkussionsbefund im I. und II. Interkostalraum rechts und links vorn, speziell in den äusseren Partien, ohne zu völliger Klarheit zu kommen, denn bald

schien links, bald rechts der Schall voller. Als ich schliesslich bei Gelegenheit der Herzuntersuchung noch einmal im Liegen perkutierte, war mit aller Sicherheit festzustellen, dass nur rechts Dämpfung war. Zehn Tage später kam der Patient wieder in meine Sprechstunde; wieder die gleiche Schwierigkeit beim Perkutieren! Immer wieder verglich ich den Perkussionsbefund im I. und II. Interkostalraum rechts und links vorn, ohne zum Ziele zu kommen. Wiederum klärte die Perkussion in Rückenlage den wahren Sachverhalt sofort auf! Hatte ich bei der ersten Untersuchung meine Unsicherheit in der Deutung des Perkussionsbefundes meinem Abgespanntsein zur Last gelegt, so war mir jetzt klar, dass andere Gründe vorliegen mussten. Ich brauche wohl nicht zu betonen, dass von meiner Seite alles getan war, um die bekannten Täuschungen durch Muskelspannung, ungleichmässige Körperhaltung, schlecht gewählten Untersuchungsraum usw., auszuschalten. Trotzdem konnte ich mich überzeugen, dass die Quelle der Täuschung in der Muskulatur gewesen war. Obwohl ich bei der am sitzenden Pat. vorgenommenen Finger-Finger-Perkussion keine Veränderungen am Musculus pectoralis major bemerkt habe, halte ich es für sicher, dass leichte, von dem sehr intelligenten Pat. nicht gewollte Aenderungen im Tonus dieses Muskels der Perkussion Schwierigkeiten bereitet hatten. Mit dem Augenblicke, wo die in Rückenlage des Körpers auf die Unterlage zurückgesunkenen Arme und Schultern die Musculi pectoral. maj. passiv dehnten, war die Perkussion ohne jede Schwierigkeit. Ich schreibe das dem Umstande zu, dass die passiv gedehnten Brustmuskeln dünner sind als vorher und dass sie im Zustande leichter passiver Dehnung und bei ruhiger Rückenlage des Körpers viel weniger zu Tonusschwankungen neigen als im Sitzen, wobei noch zu beachten ist, dass die Erregung, welche so viele Pat. in die ärztliche Sprechstunde mitbringen, recht oft ungewollte Muskelkontraktionen hervorruft. Das bekannteste Beispiel dieser Art sind die Kontraktionen der Bauchmuskulatur, welche zuweilen die Palpation des Bauches unmöglich machen. Ich werde von jetzt ab in allen nicht ganz eindeutigen Fällen, speziell bei muskulösen Männern, die Lungenperkussion an der Vorderseite des Thorax nicht nur im Sitzen, sondern stets auch im Liegen ausüben, wie es für die Herzuntersuchung ja wohl allgemein Brauch ist. Selbstverständlich muss man bei der Perkussion in Rückenlage sich darüber Rechenschaft geben, in welcher

Weise die Unterlage (z. B. das Untersuchungssofa) den Klopfeschall auch bei leiser Perkussion modifiziert.“

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 19.)

— **Ueber die Verwendung von Limonen anstatt Terpentinöl bei Lungenkranken.** Von Dr. Goswin Zickgraf (Bremerhaven): Der Verfasser hat im Laufe von 2½ Jahren das Limonen prinzipiell in all den Fällen gebraucht, wo Terpentinöl indiziert war, und so eine verhältnismässig grosse Anzahl von Pat. damit behandelt. Im ganzen waren es ca. 60 Fälle, wo Limonen anstatt Terpentinöl angewandt wurde, und dazu kamen noch ca. 20 Fälle, in denen Limonen aus anderen, unten zu besprechenden Gründen gegeben wurde. Das Limonen ist seiner chemischen Beschaffenheit nach ein zur Klasse der Terpene gehöriger Kohlenwasserstoff. Es gehört zu den verbreitetsten Terpenen überhaupt und kommt in der Natur in sehr vielen ätherischen Oelen vor. Es hat einen zitronenölartigen Geruch, ist eine wasserhelle Substanz und optisch aktiv. Technisch wird es zumeist aus Pomeranzenschalen oder Kümmelöl gewonnen. Die therapeutische Anwendungsweise des Limonen ergibt sich aus der Empfehlung als Ersatz des Terpentinöls, in erster Linie also bei allen Prozessen in der Lunge, die mit Absonderung riechenden Auswurfes einhergehen, Bronchitis foetida, Bronchitis bronchiectatica foetida, Lungengangrän und tuberkulösen Kavernen. Mit Ausnahme von Lungengangrän hatte Autor Gelegenheit das Präparat in diesen drei Fällen häufiger anzuwenden. Er hat das Limonen anfänglich nur zu Inhalationen bei fötidem Auswurf benützt, ist aber später dazu übergegangen, das Limonen ebenso wie Terpentinöl innerlich, entweder allein oder meist in Verbindung mit Inhalationen zu geben. Es bedarf bei der Inhalation dieser flüchtigen Substanzen keines besonderen Apparates, sondern es genügt ein Trichter über heissem Wasser, auf das Limonen geträufelt ist. Selbstredend ist es für den Pat. bequemer und appetitlicher, einen passenden Apparat zu benützen, als welcher am zweckmässigsten der kleine Sängersche sich empfiehlt. Vor der innerlichen Verwendung war zu prüfen, ob das Limonen eventuell die Nieren reizt. Autor hat bei einzelnen Pat. deswegen wochenlang täglich genaueste Urinuntersuchungen vorgenommen und konnte konstatieren, dass niemals Eiweiss im Urin auftritt bei den für die innerliche Darreichung in Frage kommenden Dosen von dreimal täglich 10—20 Tropfen.

Schwierigkeiten beim Einnehmen wegen des Geruchs entstanden in keinem Falle. Man kann das Limonen auf Zucker geträufelt oder mit Wasser einnehmen. Das Limonen ist nach den Erfahrungen des Verfassers nicht nur als wohlriechender und -schmeckender Ersatz des Terpentins zu betrachten, sondern ist dem Terpentinöl in seiner Wirksamkeit wesentlich überlegen. Nach den Versuchen von Karl Kobert über die Desinfektionskraft ätherischer Oele und ihrer Bestandteile ist das a priori schon anzunehmen. Nur Terpentinöl, das durch Belichtung an der Luft ozoniert ist, kann eine stärkere desinfizierende Wirksamkeit entfalten. Die auffallend rasche sekretionsbeschränkende Wirkung des Limonens bei fötidem Auswurf, besonders bei Bronchiektatikern, hat Autor bewogen, bei mehreren Fällen von fast rein eitrigem, ziemlich flüssigem Sputum bei unkomplizierter chronischer Bronchitis Limonen versuchsweise anzuwenden. Der Erfolg war auffallend. Die Sekretion wurde rasch weniger und verschwand in einem Falle, wo der Auswurf jahrelang bestanden hatte, nach vierzehntägigem Gebrauch sogar vollkommen. Das anfänglich ausschliesslich benützte natürliche, als Abfallprodukt bei der Herstellung terpenfreier Oele, wie Orangen und Kümmelöl, gewonnene Limonen ist ziemlich teuer und bei längerem Aufbewahren nicht ganz frei von Nebengerüchen der Herstellungssubstanz, was besonders bei dem aus Kümmelöl (Carven) gewonnenen Limonen auffällt. Es ist deshalb für die therapeutische Verwendung des Limonen günstig, dass neuerdings ein „Limonen künstlich rein“ im Handel erscheint. Dasselbe ist vegetabilischen Ursprungs und wird bei der Fabrikation von Kampfer nach einem patentierten Verfahren gewonnen. Autor hat mit diesem „Limonen künstlich rein“ eine Reihe von Pat. mit dem gleich günstigen Erfolge wie mit dem natürlichen Limonen behandelt\*). Da der Preis im Gegensatz zu dem letzteren ein ausserordentlich niedriger ist, und das Präparat leicht zu beschaffen ist, so steht seiner ausgedehnten Anwendung kein Hindernis im Wege. Die Anwendungsweise des Limonens ist sowohl pharmakologisch wie insbesondere technisch mit den vorstehenden Mitteilungen noch nicht erschöpft. Das Limonen wird noch als Zusatz zu Narkosegemischen und zu opodeldokartigen Gemischen, ferner als Stomachikum und als Geruchskorrigens für Antiseptika

---

\*) Limonen wird jetzt unter dem Namen „Eulimen“ von Anton Deppe Söhne (Hamburg-Billwärder) abgegeben.

empfohlen. Für den letzteren Zweck kann Autor aus eigener Erfahrung Limonen empfehlen.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 20.)

- **Ueber das Vorkommen von Tuberkelbazillen im kreisenden Blute und die praktische Bedeutung dieser Erscheinung.** Von Prof. Dr. F. Jessen (Davos) und Dr. L. Rabinowitsch (Berlin). Die Autoren haben im Verlauf ihrer Untersuchungen das gelegentliche Vorkommen von Bazillen im kreisenden Blute der Tuberkulösen, und zwar nicht nur bei schweren, sondern auch bei ganz leichten Fällen bestätigen können und wollen noch einmal darauf hinweisen, dass durch die Untersuchung auf Tuberkelbazillen im Blute mancher Aufschluss in sonst unbestimmten Krankheitsbildern gewährt werden kann.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 24.)

**Tumoren. Zwei Fälle von Naevus vasculosus durch Rönt-**

**genstrahlen geheilt.** H. E. Schmid (Berlin). Die Fälle betrafen einen 19jährigen Pat. und ein einjähriges Kind. S. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen: Naevi vasculosi sind durch Röntgenbestrahlung zu heilen. Ein prinzipieller Unterschied in der Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf die Gefässneubildungen besteht nicht. Die Röntgenbestrahlung bietet den Vorteil, dass sich grössere Flächen in einer Sitzung behandeln lassen. Als unangenehme Nebenwirkung der Röntgen- und Radiumbehandlung wäre die spätere Bildung von Pigmentflecken und Teleangiektasien zu nennen. Dieses lässt sich aber ziemlich sicher vermeiden, wenn die Erythemdosis in der Einzelsitzung nicht überschritten und die nächste Bestrahlung erst nach völliger Abheilung des Erythems vorgenommen wird. Flache Naevi können ohne Narbe heilen, Angiome nur mit Narbe, die aber kosmetisch hervorragend ist. Nur bei kleinen Angiomen und ganz flachen Naevis führt die Elektrolyse oder die Finsen- und Quarzlampenbehandlung zum Ziel. Bei allen grösseren flachen Naevis und besonders den tumorbildenden Naevis ist die Röntgenbehandlung indiziert.

(Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 52.)

- **Gebärmutterkrebs und Aufklärung des Publikums.** Von Dr. Fritz Müller, Frauenarzt in Königsberg in Preussen. Autor schreibt: „Trotz Mobilisierung der Hausärzte, trotz entsprechender Belehrung der Hebammen hat sich die Operabilität des Gebärmutterkrebses in den letzten zehn

Jahren kaum merklich gebessert, und auch die aufklärenden, für das grosse Publikum bestimmten Zeitungsartikel haben im besten Falle einen zeitlich und örtlich nur sehr beschränkten Erfolg gehabt. Nach Schauta muss es die Hauptaufgabe der Zukunft sein, das Publikum noch energischer aufzurütteln, speziell die Frauenwelt durchweg mit den ersten Erscheinungen der Erkrankung bekannt zu machen und für weiteste Verbreitung dieser Kenntnis Sorge zu tragen. Ich glaube ein Mittel gefunden zu haben, mit dem wir dieses erstrebenswerte Ziel auf einfachste Weise erreichen können. Um in meiner Klientel eventuelles Unheil zu verhüten, gebe ich seit einiger Zeit allen meinen Pat. einen Zettel mit folgendem Aufdruck mit:

#### Zur Aufklärung.

Krankheitserscheinungen bei Gebärmutterkrebs, die jede Frau veranlassen müssen, sich sofort ärztlich untersuchen zu lassen:

1. Unregelmässige Blutungen, besonders während der Wechseljahre und nach Aufhören der Periode.
2. Blutungen nach ehelichem Verkehr.
3. Fleischwasserähnlicher Ausfluss, blutig-eitrig und übelriechender, jauchiger Ausfluss.
4. Schmerzen pflegen anfangs gar nicht oder nur sehr gering vorhanden zu sein.

Der Gebärmutterkrebs ist dauernd heilbar, allerdings nur durch eine Operation, wenn die betreffenden Kranken rechtzeitig, das heisst so früh wie möglich in ärztliche Behandlung kommen.

Für meine poliklinischen und Kassenpatienten habe ich einfach auf die Rückseite der üblichen Erkennungskarten denselben Text drucken lassen. Ich habe mit Verteilung dieser Blätter bisher nie Anstoss erregt, sondern bin im allgemeinen grösserem Verständnis begegnet, als ich eigentlich erwartet hatte. Dabei bin ich jederzeit in der Lage, Personen, bei denen mir diese Art der Aufklärung unnötig oder aus anderen Gründen unangebracht erscheint, hiervon auszuschliessen. Ich erwarte nicht, dass auf diese Weise die Operabilität des Uteruskrebses momentan besser werden wird, allmählich müsste sie es werden, allerdings nur, wenn mein Vorgehen Anklang findet. Denn wenn

ein grosser Teil. oder. was ich kaum zu hoffen wage. alle meine Fachgenossen meinem Beispiel folgen wollten. dann wird zwar langsam. dafür aber unaufhaltsam und immer wieder von neuem. von allen Seiten aus die Kenntnis schliesslich die ganze Frauenwelt durchdringen. dass in ihren Reihen ein heimtückischer Feind umgeht. der leicht unschädlich gemacht werden kann. wenn nur von vornherein seine verräterischen Spuren gebührend beachtet werden.

(Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 21.)

### **Ulcus molle. Zur Behandlung des U. m. und der Bubonen.**

Von Dr. Leo v. Zumbusch (Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der k. k. Krankenanstalt Rudolfstiftung in Wien). Autor schreibt: „Seitdem das Jodoform therapeutisch verwendet wurde, nimmt es in der Behandlung des U. venereum unstreitig den ersten Platz ein. Wer immer Gelegenheit hatte, sich viel mit dieser Affektion, die durch ihre Langwierigkeit so lästig ist, befassen zu müssen, wird zur Erfahrung gekommen sein, dass Jodoform mehr leistet, als alle älteren Mittel, und dass seine Wirksamkeit auch von keinem der neueren Ersatzpräparate auch nur annähernd erreicht wird. Allerdings ist die Verwendung des Jodoforms fast ausschliesslich auf das Spital beschränkt, da der charakteristische, von jedermann gekannte und penetrante Geruch bewirkt, dass es in der ambulatorischen und privaten Praxis von den meisten Kranken zurückgewiesen wird. Dabei müssen alle Versuche, durch Zusätze, oder durch Ueberdecken mit Pflastern den Geruch zu beseitigen, als fehlgeschlagen bezeichnet werden. Dazu kommt ein zweiter Uebelstand, die hautreizende Wirkung des Jodoforms: Sie tritt bei vielen Menschen zutage, bei einzelnen Individuen genügt schon ein winziges Partikelchen, um einen vehementen Ausbruch von bullösem und nässendem Ekzem hervorzurufen. Aus diesen Umständen erklären sich die unablässigen Bemühungen, Ersatzmittel herbeizuschaffen, denen wir eine ganze Reihe, zum Teil recht brauchbarer Streupulver verdanken. Sind dieselben aber auch als Wundbehandlungsmittel oder zu anderen Zwecken oft vorzüglich geeignet, so muss doch wiederholt werden, dass ihnen für die Therapie des U. m. nur sehr geringe Bedeutung zukommt. Es kann nun keinem Zweifel unterliegen, dass der wirksame Bestandteil im Jodoform das Jod ist, dass man also für unseren Zweck sein Augenmerk in erster Linie auf jodhaltige Antiseptika zu richten habe. Dies bewog mich, Versuche mit einem



Präparat anzustellen, welches von der chemischen Fabrik in Tribuswinkel in Niederösterreich hergestellt wird. Es ist unter dem Namen Novojodin im Handel und enthält in komplizierter Verbindung Jod und Formaldehyd; das Präparat stellt ein ockergelbes, feines, geruch- und geschmackloses, in kaltem Wasser unlösliches, bei 80° zersetzliches Pulver dar. Es ist billiger als Jodoform. Das Novojodin wurde sowohl als Streupulver für die Geschwüre, als auch zur Bubonenbehandlung gebraucht. Von U. m. wurden im Verlauf des letzten Halbjahres über 30 Fälle damit behandelt, von denen 25 auch Bubonen hatten. Es wurde nur auf der Männerabteilung gegeben. Die mit Novojodin behandelten Geschwüre reinigten sich durchwegs in relativ kurzer Zeit, und auch die weitere Heilung nahm einen durchaus zufriedenstellenden Verlauf. Es lässt sich allerdings nicht leicht etwas Präzises darüber sagen, ob die Heilungsdauer in besonderem Masse abgekürzt wurde; dazu sind die Angaben über den Beginn zu unsicher, es kommen Grösse und Sitz der Geschwüre in Betracht, endlich sind viele venerische Geschwüre kompliziert, U. mixtum ist entschieden fast so häufig als reines U. m. Auf jeden Fall war aber der Verlauf ein günstiger und es muss besonders hervorgehoben werden, dass in keinem einzigen Falle Hautreizung oder gar eine Dermatitis auftrat. Bei keinem Kranken traten im Spital Bubonen auf, was indes wohl hauptsächlich der Bettruhe zuzuschreiben ist. Bei einigen Kranken war zurzeit der Aufnahme das Geschwür schon geheilt. Die überwiegende Mehrzahl unseres Krankenmaterials mit U. venereum besteht erfahrungsgemäss aus Leuten, welche ihren Ulzera wenig Beachtung schenken und die erst der entzündete Bubo ins Krankenhaus treibt. Daher scheint die Frage der Bubonenbehandlung, welche sich ja oft so langwierig gestaltet, von grösstem Interesse. Auf diesem Gebiet hat uns das Novojodin die grössten Dienste geleistet und sich vorzüglich bewährt. Wir verwenden fast ausschliesslich die von Lang angegebene Punktion, verbunden mit Aspiration des Inhalts durch eine Saugglocke nach Bier und Injektion desinfizierender Mittel. Die Punktionsöffnung wird unter Chloräthylanästhesie mittels eines spitzen Messerchens möglichst klein angelegt, um die Verklebung und das Verbleiben des Medikaments zu begünstigen und den schädlichen Zutritt von Luft in die Höhle tunlichst zu vermeiden. Injiziert wird mittels eines gekochten, dünnen, an eine ausgekochte Spritze gesteckten Drainröhrchens, nach der

Injektion kommt sofort ein gut klebendes Pflaster darauf. Zeigt sich nach einigen Tagen, dass die Höhle stärker gefüllt ist, also sich neuerlich Eitermassen angesammelt haben, so lässt sich die Oeffnung leicht mittels der Meissel-sonde herstellen und die Entleerung und Injektion wiederholen. Dies pflegt aber nur bei einem Bruchteil der Fälle nötig zu sein. Die Injektion geschah teils mit 20% Paraffinum liquidum oder 20% Glyzerinsuspension von Novojodin. Ein Unterschied der Wirkung je nach dem Vehikel konnte nicht bemerkt werden. Es wurden 25 Fälle von Bubonen behandelt. Bei den meisten wurde nur einmal punktiert und Novojodin eingespritzt, doch haben wir die Injektion bis zu dreimal an ein und demselben Kranken vorgenommen. Die Heilung erforderte einen sehr verschiedenen Zeitraum, was zum Teil von der Grösse der Abszesshöhlen, zum Teil auch von unkontrollierbaren Ursachen abzuhängen scheint. Einige Fälle heilten überraschend schnell, in fünf bis acht Tagen, andere bedurften bis zu 38 Tagen. Am öftersten kommt eine Heilungsdauer von etwa zwei bis drei Wochen vor, der Durchschnitt sind 18 Tage. Wer weiss, wie langwierig oft die Behandlung von Bubonen sich gestaltet, wie refraktär sich die belegten Wunden meist nach Inzision oder gar nach Ausräumung der Drüsen gegen alle Mittel verhalten, welche eine Granulationsbildung anregen sollen, der wird zugeben müssen, dass das Ergebnis ein sehr günstiges zu nennen ist. Dabei muss noch folgendes besonders hervorgehoben werden: Das Verfahren ist ungefährlich, expeditiv und so gut wie schmerzlos. Ausserdem sei betont, dass wir niemals Dermatitis oder andere schädliche Nebenwirkungen zu verzeichnen hatten, ein bei der Jodoformanwendung doch recht häufiges Ereignis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1910 Nr. 18.)

### **Vitia cordis. Ein Fall von schwerer Mitralinsuffizienz**

**während der Schwangerschaft und im Wochenbette.** Darüber teilt uns Distriktsarzt Dr. Adolph Rasp (Kuttentplan) Folgendes mit: 44 Jahre alte V. para am Ende des VIII. Lunarmonates zeigte hochgradige Hypertrophie des rechten Ventrikels und Insuffizienz der Mitralklappen. Vor dem Partus kleine Dosen von Digitalinfus (0,3 : 200). Spontane Geburt zur richtigen Zeit. Kind künstlich ernährt, gedeiht, da nach Verordnung vorgegangen wird. Mutter äusserst geschwächt. Nach zirka drei Wochen post partum wurde ich plötzlich geholt. Lippen zyanotisch.

Puls kaum zu zählen, jedoch mindestens 130—140 pro Minute. Ich hatte zum Glücke für die Pat. *Digitalisatum „Bürger“* zur Hand (da die nächste Apotheke fast drei-viertel Stunden entfernt ist, muss ich für Notbehelfe Fürsorge treffen) und gab der Frau 5 Tropfen mit Zucker. Nach bereits zwei, sage zwei Minuten, war die früher schnellende Pulswelle zwar voll und kräftig, die Frequenz war jedoch auf 84 Pulsschläge zurückgegangen. Die Frau befindet sich der Zeit entsprechend wohl und ist auch ein leichter Hydrops anasarca des linken Unterschenkels zurückgegangen. Ich erlaube mir zu bemerken, dass nach diesem und anderen Erfolgen mit *Digitalisatum „Bürger“* es mit 5—6 Tropfen dreimal täglich genügen dürfte, eine Herzwirkung zu erzielen. Mit der Dosis kann man immer noch bis auf je 3 mal 10 bis vielleicht je 3 mal 12 Tropfen per dosim et diem steigern. Nach den bisher gemachten Erfahrungen ist das Präparat Dig. „B.“ aus dem chemischen Laboratorium Johann Bürger in Wernigerode a. H., bestens zu empfehlen und dürfte der Preis für eine Originalflasche (15 g) mit 1 Kr. 40 h. auch für die österreichischen Krankenkassen nicht zu hoch gegriffen sein. Mit dem Ersuchen, diesem prompt wirkenden Präparate entsprechende Aufmerksamkeit zuwenden zu wollen, drücke ich den Wunsch aus, dass diese Zeilen den Erfolg einer Nachkontrolle der Wirkung des Präparates haben möchten und würde es mir zur Ehre gereichen, meine Mitteilungen, vom berufenen Forum aus bestätigt zu sehen.

## Vermischtes.

- **Kal. hypermanganic. cryst. als gewebezerstörendes Mittel.**  
 Von Dr. J. Finck (Charkow). Autor kam zur Ueberzeugung, dass das Mittel so appliziert werden muss, dass keine Verstreuung in die Umgebung stattfindet und dass Wiederholungen vermieden werden durch Applikation eines bedeutenden Ueberschusses von K. hyperm. Dadurch wird auch gleichzeitig eine schnelle und energische Tiefenwirkung bis ins gesunde Gewebe hinein erzielt. Das erreichte er durch das folgende einfache Verfahren: Von gutem Heftpflaster (Meads Rubber adhaesive plaster, Beiersdorffs Heftpflaster) schneidet man Stücke ab, welche um zirka Zentimeterbreite rundherum die zu behandelnde Stelle über-

ragen. In die Mitte eines jeden Stückes schneidet man je nach Bedarf ein rundes oder ovales Loch, kleinere Löcher mit der Lochzange, gerade so gross, dass die kranke Hautstelle hineingeht und rundherum noch ein schmales Streifchen gesunder Haut sichtbar bleibt. Solcher Heftpflasterstücke bereitet man 5–15 vor, je nach Bedarf, klebt eins auf die Haut, das zweite auf das erste und so fort, alle übereinander. Dadurch entsteht ein Schacht, welcher mit dem feingepulverten K. hyperm. vollgefüllt wird. Am besten benutzt man dazu ein Ohrlöffelchen, man verfähre behutsam, damit das Pulver nicht verstreut wird. Zum Schluss schliesst man das Ganze mit einem heilen Heftpflasterstücke als Deckel. Darüber Bindenverband, Gelenkstellen werden geschient, Pat. muss sich ruhig verhalten. Handelt es sich um ein Geschwür (Lupus u. a.), so ist dieses nach 48 Stunden vollkommen und gründlich zerstört. Nach Entfernung des Pflasters entleert sich ein schmutziges eitriges Detrit, welches fortgewischt wird. An Stelle des Ulcus liegt vor uns ein mehr oder weniger tiefes kraterförmiges Loch, dessen Grund von anhaftenden schwarzen Massen von  $MnO_2$  und von einem gelblichen Aetzschorf bedeckt ist. Die Ränder der Wunde sind scharf, wie ausgestanzt, die Umgebung ist weder gerötet noch geschwollen. Soweit die gesunde Haut vom Pflaster nicht geschützt war, ist sie mitzerstört. Die Wunde hat daher genau die Form des Loches im untersten Heftpflasterstücke. Der Prozess der Zerstörung verläuft bald schmerzlos, bald geben die Pat. ein mildes Brennen an, besonders bei unverletzter Haut. Die Nachbehandlung ist denkbar einfach. Man verbindet trocken oder mit Salbe. Schon am nächsten Tage sind kräftige Granulationen da, welche den Aetzschorf vor sich herschieben und in ein paar Tagen die Höhlung ausfüllen. Keine Wunde verheilt so schnell wie die durch K. hyperm. erzeugte. Die Narbe ist glatt, schrumpft oder hypertrophiert nicht oder wenig. Man kann daher ohne Bedenken das K. hyperm. im Gesichte anwenden. Im K. hyperm. haben wir somit ein Mittel vor uns, welches, sofern es nur richtig appliziert wird, allen anderen Aetzmitteln weit überlegen ist. Es schneidet scharf wie ein Messer, es hat den Vorzug, dass es das Gewebe verflüssigt und dem Auge eine glatte Fläche darbietet, welche nach event. Nachbleibseln durchforscht werden kann. Es ist ungiftig, kann im Ueberschuss verwendet werden, ohne dass es regellos in die Tiefe vordringt, und verursacht keine oder nur unerhebliche Schmerzen. Die Wunde ist trocken

und blutet nicht. Um die Indikationsgrenzen zu ziehen, genügt schon die Tatsache, dass wir mit diesem Mittel in die Haut ein Loch von jeder beliebigen Tiefe und Form hineinschneiden können, bis in das Unterhautzellgewebe hinein. Es darf daher im allgemeinen zur Vernichtung zirkumskripten (auch multipler) hartnäckiger oder bösartiger Hauterkrankungen von geringer Ausdehnung herangezogen werden. Im Speziellen hat Autor es in Anwendung gebracht gegen die Hautulcera mannigfaltigster Art; gegen Kankroid, Fungus, Granuloma, Dekubitus, Ulcus cruris, Angioma cavernosum, Keloid, Karbunkulus, bei letzterem zur Zerstörung des Pfropfes. Es ist aber sicher, dass es auch bei einer ganzen Reihe anderer Hauterkrankungen zu verwenden ist. Es müsste auch erwogen werden, ob es nicht auch bei Ulcus durum der Haut gute Dienste leisten könnte. Ein zweites Indikationsgebiet geben kleine entstellende Geschwülste im Gesicht. Behandelt können werden: Naevi, Angiome, Lipome, Papillome usw. Liegt die Geschwulst subkutan, dann muss das Loch im Heftpflaster kleiner geschnitten werden, als die Geschwulst gross erscheint. Was die Grösse und Ausdehnung der zu behandelnden Erkrankung anbetrifft, so sind natürlich die kleinen Herde dieser Behandlung am besten zugänglich. Es können aber auch grössere, besonders Geschwürsflächen, in Angriff genommen werden, sowohl einzeitig wie mehrzeitig. Es ist wichtig, dass es nicht schwer hält, einen Pat. bei blossen Verdacht auf Malignität zur rechtzeitigen Entfernung der erkrankten Hautfläche mit K. hyperm. zu bewegen, während derselbe einer Operation aus dem Wege gehen und so die Krankheit verschleppen könnte. Es ist auch wichtig, dass jeder Arzt diese einfache Operation vornehmen kann. Am leichtesten wird die kindliche Haut von Kal. hyperm. angegriffen, am schwersten die Haut der Streckseiten älterer Leute. Autor wendet das K. hyperm. auch noch auf einem dritten Gebiete an, und zwar bei der tuberkulösen Knochen- und Gelenkfistel. Es wird der Fistelgang in seiner ganzen Ausdehnung bis in den Knochen hinein mit dem Pulver ausgestopft. Zum Einführen bedient sich Autor eines Röhrchens von ca. 6 mm Durchmesser und 5—10 cm Länge, mit einer trichterförmigen Erweiterung. Man stösst das Instrument durch die Fistelmündung hindurch und schiebt es bis in den Knochenherd vor. Blutet es, dann tupft man vorher das Blut aus. Ist die Fistelöffnung sehr eng, dann wird sie vorher mit Tampons erweitert. Man füllt ein wenig Pulver in den

Trichter und stösst mit dem Stopfer bis zum Grunde vor. Darauf füllt man wieder nach, nachdem man die Röhre ein wenig zurückgezogen hat und so fort, bis man den ganzen Kanal ausgefüllt hat. Zum Schluss bedeckt man noch die meistens ulzerierende Fistelmündung mit etwas K. hyperm. und verklebt mit Heftpflaster. Es treten manchmal recht heftige Schmerzen ein, welche zirka eine Stunde andauern. Nach 1—2 Tagen beginnt die Ausstossung der zersetzten Massen, nicht selten kommen kleine schwarzgefärbte Sequester mit. Kontraindiziert ist die Behandlung von:

1. frischen Fisteln mit reichlicher Sekretion,
2. Fisteln in unmittelbarer Nachbarschaft von grösseren Gefäss- und Nervenstämmen,
3. Fisteln aus spondylitischen Senkungsabszessen.

Die Versuche über die Fistelbehandlung mit K. hypermangan. in Substanz sind noch nicht abgeschlossen. Es steht aber soviel schon fest, dass die Einführung von 2,0 K. hyperm. in die Tiefe nicht die geringsten nachteiligen Folgen für die Kranken gehabt und dass in ca 10% der Fälle eine Abheilung des tuberkulösen Knochenprozesses in unmittelbarem Anschluss daran stattgefunden hat.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 4.)

- **Zur gynäkologischen Untersuchung.** Von Paul Bröse (Berlin): „Es ist mir aufgefallen, dass bei der Vornahme der gynäkologischen Untersuchung von sehr vielen Aerzten die Inspektion der äusseren Genitalien vernachlässigt und sofort die sog. innere Untersuchung mittels der in die Scheide eingeführten Finger ausgeführt wird. In den Lehrbüchern der Frauenkrankheiten und der gynäkologischen Diagnostik wird auf die Inspektion der äusseren Genitalorgane zwar hingewiesen, aber im ganzen doch verhältnismässig wenig Wert gelegt, vor allem aber gar nicht hervorgehoben, dass sie stets der inneren Untersuchung vorhergehen müsse. Winter will die Inspektion der äusseren Genitalien sogar nur bedingungsweise zulassen. Er sagt in seinem Lehrbuch der Diagnostik: „Die Inspektion der äusseren Genitalien bezweckt die Feststellung der Veränderungen an den Pubes, am Damm, an dem unteren Teil der Scheidenschleimhaut. Die Besichtigung der Geschlechtsteile verletzt das Schamgefühl der Frau am meisten und soll deshalb nur vorgenommen werden, wenn es sich um Erkrankungen an denselben handelt oder wenn man für

die Diagnose von Erkrankungen der inneren Genitalien wichtige Befunde erwartet. Wenn angängig, beginne man die gynäkologische Untersuchung nicht mit der Betrachtung der äusseren Genitalien, sondern schliesse damit ab. Ein Blick auf die Wäsche der Frau wird über Menge und Art des Ausflusses und Blut Aufschluss geben. Ich halte diese Hintenansetzung der Inspektion der äusseren Genitalien bei der gynäkologischen Untersuchung nicht für richtig. Ich bin im Gegenteil der Ansicht, dass jede gynäkologische Untersuchung mit einer sehr sorgfältigen Inspektion der äusseren Genitalien zu beginnen hat. Ich gebe Winter gern zu, dass die Besichtigung der Geschlechtsteile den Frauen sehr unangenehm und für das Schamgefühl verletzend ist. Aber wichtige Gründe zwingen nach meiner Ansicht den Untersucher die Rücksicht auf das Schamgefühl hintenanzusetzen gegenüber Interessen, die sowohl für das Wohl des Arztes wie der Pat. von grosser Bedeutung sind. Zunächst erfordert es das Wohl des Arztes, vor der inneren Untersuchung eine sorgfältige Inspektion der äusseren Geschlechtsteile vorzunehmen. Sehr oft kommen Frauen mit florider Lues, mit Ulcus durum, breiten Kondylomen, Ulcus molle in die Sprechstunde, welche von dem Vorhandensein dieser Affektionen keine Ahnung haben. Es ist auch durchaus nicht immer notwendig, dass die Anamnese auf derartige Erkrankungen hinweist. Nur die sorgfältige Inspektion ermöglicht die Diagnose. Hier würde der Arzt leichtsinnig handeln, wenn er, falls eine innere Untersuchung notwendig, sich durch Gummihandschuhe nicht selbst schützen würde. Ich erinnere daran, dass gerade Geburtshelfer und Frauenärzte am häufigsten von allen Aerzten an syphilitischen Infektionen an den Fingern erkranken. Aber auch die Rücksicht auf seine Tätigkeit als Operateur und Geburtshelfer muss den Gynäkologen veranlassen, vor jeder inneren Untersuchung eine genaue Inspektion der äusseren Genitalien, der Scheide und der Cervix in Spekulum vorzunehmen. Es ist durchaus nicht immer möglich, wie Winter schreibt, durch einen Blick auf die Wäsche der Frau über die Menge und Art des Ausflusses Aufschluss zu bekommen. Denn die meisten Frauen pflegen mit sauberer Wäsche zum Arzt zu kommen. Wohl aber zeigt oft ein Blick auf die äusseren Genitalien an, ob die Frau an starken Blutungen, an eitrigem oder gar übelriechendem Ausfluss leidet, und kann, wenn der Ausfluss verdächtig ist, die Veranlassung geben, die Pat., um die Hände des Untersuchers aseptisch zu erhalten, nur

mit einem Gummihandschuh zu untersuchen. Es ist sehr unangenehm, wenn man für den folgenden Tag eine Laparotomie angesetzt hat oder einen Partus erwartet, noch kurz vorher mit ungeschützter Hand ein jauchendes Karzinom zu untersuchen. Aus diesem Grunde halte ich es aber auch für durchaus notwendig, vor der inneren Untersuchung stets auch die Scheide und die Portio vaginalis im Spekulum zu untersuchen. Sehr oft ist es, besonders wenn die Frauen sich die Genitalorgane vor der Untersuchung sorgfältig gewaschen oder gar eine Scheidenspülung gemacht haben, erst durch die Untersuchung im Spekulum möglich, festzustellen, ob verdächtiger Fluor oder eine Erkrankung vorhanden ist, die dem Untersucher die Notwendigkeit, die Untersuchung mit Gummihandschuhen vorzunehmen, nahe legt. Um seine Hände stets aseptisch zu erhalten, ist es das beste, alle gynäkologischen Untersuchungen mit Gummihandschuhen vorzunehmen. Die kombinierte Untersuchung lässt sich mit diesen gerade so gut ausführen wie ohne dieselben. Allerdings ist es nicht möglich, feine Veränderungen der Scheidenschleimhaut oder der Portio vaginalis, beginnende Karzinome usw. mit den mit dem Gummihandschuh bekleideten Fingern sicher zu erkennen. Der vielbeschäftigte Frauenarzt, der heute eine Geburt leiten, morgen eine Laparotomie machen, dazu eine grosse gynäkologische Sprechstunde abhalten muss, sollte sich aber, wenn er sich nicht dazu entschliessen kann, jede gynäkologische Untersuchung mit dem Gummihandschuh auszuführen, doch vor allem, abgesehen von einer sorgfältigen Anamnese durch eine genaue Inspektion der äusseren Genitalien, der Scheide und Portio im Spekulum, davon überzeugen, ob er die Kranke ohne Gummihandschuhe untersuchen darf. Aber nicht nur der Schutz der eigenen Person und die Rücksicht auf die geburthilfliche und operative Tätigkeit erfordert es, vor der inneren Untersuchung eine sorgfältige Inspektion der Genitalorgane vorzunehmen, sondern auch das Wohl der Pat. Eine Erkrankung kann nur durch eine sorgfältige Inspektion der Genitalorgane erkannt werden. Das ist die frische gonorrhoeische Infektion. Eitriger Ausfluss aus der Harnröhre, aus den Mündungen der Bartholinischen Drüsen, aus den para-urethralen und vulvaren Follikeln gestattet fast immer die Diagnose der frischen gonorrhoeischen Infektion, und in zweifelhaften Fällen wird ein schnell angefertigtes mikroskopisches Präparat die Diagnose sichern. Am häufigsten ist die Urethra der Sitz der gonorrhoeischen



Infektion. Nach der Statistik von Brünsecke und Seifert war in 200 Fällen in 90% die Urethra, in 37,5% die Cervix infiziert. Man kann nach meinen Erfahrungen annehmen, dass etwa in nur einem Drittel der Fälle die Cervix mit infiziert ist, in den übrigen Fällen aber die Infektion sich allein im Scheideneingang lokalisiert. Sind aber nur die Urethra und die im Scheideneingang mündenden Drüsen infiziert, so bleibt bei vorsichtiger Behandlung, vor allem aber, wenn man alle intravaginalen Manipulationen, Touchieren mit dem Finger, Einführen von Spekula, Auswischen mit Tupfern usw. vermeidet, die Gonorrhöe auf diese Organe beschränkt. Auch Bumm warnt daher davor, bei bestehender Harnröhrengonorrhöe irgendwelche intravaginalen oder gar intra-uterinen Manipulationen vorzunehmen. Ist die Cervix mit infiziert, so erkennt man das bei der Inspektion der äusseren Genitalien an dem starken aus der Scheide strömenden Fluor. Auch erzählen dann die Frauen, dass sie starken Ausfluss haben, während sie bei der frischen Harnröhrengonorrhöe über sehr geringen Fluor und mehr über Brennen, Drängen beim Urinlassen klagen. Es gibt auch Frauen, welche gar keine Beschwerden von der frischen gonorrhöischen Infektion haben. Es müssen deshalb in jedem Falle bei der Inspektion der äusseren Genitalien die Harnröhre und die im Scheideneingang mündenden Drüsen untersucht werden, bevor man die Untersuchung mit dem Spekulum oder mit dem Finger vornimmt. Hat man, auch wenn man kein Sekret durch Ausstreichen der Harnröhre mit dem Finger von der Vagina aus nachweisen kann, z. B. wenn die Frauen kurz vorher Urin gelassen haben, dennoch den Verdacht, dass eine gonorrhöische Infektion vorliegen könnte, so schabt man mit der in die Harnröhre eingeführten Platinaöse etwas Epithel ab, breitet es auf einem Deckgläschen aus und untersucht es mikroskopisch. Dann findet man bei gonorrhöischer Infektion die Gonokokken auf den Epithelzellen liegen. Wenn man aber festgestellt hat, dass eine gonorrhöische Erkrankung der Harnröhre, der Bartholinischen Drüsen, der para-urethralen oder vulvaren Drüsen vorliegt, und man mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Infektion der Cervix ausschliessen kann, so hat jede innere Untersuchung, falls nicht ganz zwingende Gründe dieselbe verlangen, zu unterbleiben, da man sonst die Gonokokken sehr leicht in die Cervix verschleppt. Ich habe, da ich immer vor jeder inneren Untersuchung die Harnröhre untersuche, verhältnismässig oft gonorrhö-

ische Infektionen entdeckt, die ich sonst wahrscheinlich übersehen hätte, zumal da die Anamnese durchaus nicht eine derartige Erkrankung vermuten liess. So erfordert es auch das Wohl des Pat., stets vor jeder inneren Untersuchung eine sorgfältige Inspektion der äusseren Genitalorgane, des Scheideneingangs und der Urethra vorzunehmen.

(Zentralbl. f. Gynäkologie 1909 Nr. 49.)

— **Das Redressement sich deckender oder gekrümmter Zehen.**

Von Dr. A. Heermann (Kassel). Das Redressement sich deckender oder gekrümmter Zehen lässt sich in vielen Fällen auf eine neue sehr einfache Weise erreichen, wenn man einen dünnen Bleistreifen zunächst unter einer Nachbarzehe hindurchführt, alsdann über die gekrümmte oder dislozierte Zehe und dann wieder unter die andere Nachbarzehe. Der Bleistreifen hat die Breite des untersten Zehengliedes und etwa  $\frac{1}{8}$  mm Dicke, ist dabei sehr weich und so schmiegsam, dass er wochenlang in jedem Stiefel ohne Beschwerden getragen werden kann, auf der anderen Seite aber doch auch wieder so haltbar, dass er den nötigen Druck ausübt und ein zu grosses seitliches Zusammendrücken der drei Zehen verhindert, wie es z. B. bei Anwendung von Heftpflaster zum gleichen Zwecke geschieht. Man schneidet ihn mit der Schere aus einem Walzbleiblech oder nimmt als solchen ein „Angelblei“, wie es käuflich zu haben ist. Der grösseren Haltbarkeit wegen kann man ihn aber zweckmässigerweise mit Heftpflaster überkleiden und auch oben einen Heftpflasterstreifen darüberkleben, um ein Verschieben beim Gehen zu verhindern. Selbstverständlich ist gleichzeitig dafür zu sorgen, dass die Stiefel genügend Platz haben, um ein Verschieben der Zehen zu gestatten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 6.)




---

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

# Malztropon für stillende Mütter

Malztropon bewirkt eine auffallend schnelle Vermehrung der Muttermilch; es hebt das Allgemeinbefinden und beseitigt etwa vorhandene Beschwerden des Selbststillens.

Büchse **nur** Mk. 1.—.

Troponwerke Mülheim-Rhein.

---

## „Siccator“

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50.

Zu haben bei:

**Hermann Katsch, München, Bayerstr. 25.**

---

## Weil er erfahrungsgemäss keinerlei Nebenwirkungen

zur Folge hat und zugleich angenehm milden Wohlgeschmack besitzt, ist Kathreiners Malzkaffee in allen Krankheitsfällen ein empfehlenswertes Getränk. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Ärzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

**KÖNIGL.**  
Natürliches Mineralwasser  
**FACHINGEN**

## Von heilwirkendem Einfluss

bei: Gicht, harnsaurer Diathese, Diabetes,  
Erkrankungen der Verdauungsorgane (Sodbrennen), Nieren-, Blasen- und Harnleiden.

Appetitanregend  
stoffwechselfördernd  
harnsäurelösend.

Literatur auf Verlangen durch die Brunnen-  
inspektion in Fachingen (Reg.-Bez. Wiesbaden).

**KÖNIGL.**  
Natürliches Mineralwasser  
**FACHINGEN**

**Kaiser's**  
**Kindermehl**  
gibt  
**Kraft & Knochen**

Warum **Kaisers Kindermehl**  
eignet sich für die **Säuglingsernährung** am besten?

Weil es ca. 60% in kalt Wasser lösliche Kohlenhydrate besitzt, also durch die grosse Löslichkeit naturgemäss von dem unentwickelten Säuglingsmagen leicht verdaut u. auf die Dauer am besten vertragen wird. **Kaisers Kindermehl** wird fast mit zuverlässigem Erfolg bei Darmstörungen, Erbrechen u. Diarrhoe der Kinder verordnet.

Proben gratis  
 $\frac{1}{4}$  kg-Dose 65 g      Proben gratis  
 $\frac{1}{2}$  kg-Dose M 1.25.

**Fr. Kaiser in Waiblingen-Stuttgart.**

Fabriken in Bregenz (Oesterreich) und St. Margarethen (Schweiz).

Gegen **Haus- und Strassenlärm**

schützt das **Paraphon** (Paraffin-Antiphon) D. R.-P.,  
weich, unsichtbar.

Preis pro Dtzd. 2,50 M; mit Pinzette 4,50 M excl. Porto.

Den Herren Aerzten Proben gratis.

„Unitas“ Stettin, Falkenwalderstr. 25.

**Lenicet**  
**Euvaselin**  
**Bleno-Lenicet-**  
**Salben**

Dr. R. Reiss'  
Lenicet- u.  
Euvaselifabrik  
Charlottenburg 4

schwerlösl.  
essigsäure  
Tonerde  
in  
Streupulvern,  
Salben;  
Chirurgie  
Dermatolog.  
Ophthalmolog.  
Gynaecolog.



Prof. Dr.  
**Soxhlet's**

## Nährmittel

für Säuglinge als Dauernahrung sowie für  
ältere Kinder und Erwachsene während und  
nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulver-  
form in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.50.

Nährzucker-Kakao in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric.  
die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 1.80.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat.  
sol. Ph. IV. die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 2.—.

Leicht verdauliche **Eisenpräparate**, klinisch bewährt  
bei Atrophie und Anämie.

== Den Herren Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei. ==

**Nährmittelfabrik München, G.m.b.H., Pasing b. München.**

## Dr. Walther Koch's „Praevalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer  
und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung  
und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie  
und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-  
roborierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur  
auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Ge-  
brauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

**Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik  
in Döhren bei Hannover.**

## Deutsch-Südtirol

### Gries bei Bozen

Saison: September—Ende Mai

### Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische  
Behandlung.)

Prospekte auf Verlangen.

**Dr. V. M. Malfer**, leitender Arzt.

# Albin

## Hydrozon ( $H_2O_2$ ) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, Alveolarpyorrhoe und bei foetor ex ore.

Angenehm und erfrischend im Geschmack.

**! Jetzt in weicher Consistenz !**  
Grosse Tube (ca. 80 Port.) Mk. 1.—  
Kleine " ( " 30 " ) " 0.60

# Lactagol

## Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten, Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

# Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

---

## Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

Digitized by

Google

Alleinige Inseraten-Annahme:

A. Friedr. Hedtke, Berlin-Schöneberg, Hohenfriedbergstr. 17.

Original from

UNIVERSITY OF MICHIGAN

**XIX.**  
**Jahrgang.**

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**Einzelpreis 40 Pf.**

Preis des Jahrgangs Mk. 5.—  
zuzüglich Porto.

**№ 12.**

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

Herausgegeben

von

**Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.**

## Inhalts-Verzeichnis:

Appendicitis. — Ascites. — Blutungen. — Helminthiasis. — Nephritis. —  
Obstipatio. — Paralyse. — Pertussis. — Prolapsus vaginae. — Soor. —  
Syphilis. — Tabes. — Tuberkulose. — Tumoren. — Vitia cordis. —  
Vermischtes.

# Jodglidine

neues internes Jod-Pflanzeneiweiß-Präparat. Bester Ersatz für Jodkali. Keine Nebenwirkungen. Als hochwirksames Jodpräparat indiziert bei Arteriosklerose, tertiärer Lues, Asthma bronchiale und cardiale, Gicht, chronischem Gelenkrheumatismus, Skrofulose, Apoplexie, Tabes dorsalis, Exsudaten, Struma, Glaskörpertrübung, Glaskörperblutung, Skleritis. = Rp. Tabl. Jodglidin. Originalpackg. Dosierung: 2–6 Tabletten täglich. = Jede Tabl. enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes J. = Literatur und Proben kostenfrei.

**Chem. Fabr. Dr. Klopfer Dresden-Leubnitz**

**CARL SALLMANN IN LEIPZIG.**



Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.  
Elberfeld-Leverkusen a. Rh.

---

# Sarton

## Neue Diabetiker-Nahrung

nach Vorschrift von Prof. v. Noorden und San.-Rat Lampé,

zur Bereitung von Suppen, Purées, Puddings etc.,  
insbes. als Ersatz für Hülsenfrüchte.

**Von angenehmem Geschmack und guter Bekömmlichkeit,**

reich an leicht assimilierbarem Eiweiss  
und gut verdaulichem Pflanzenfett,

**frei von Stärke und Kohlehydraten.**

Sarton kommt in Form von Purée in den Handel,  
Blechbüchsen à  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt Mk. 1.25.

(Bereitungsvorschriften liegen der Packung bei.)

Literatur: Therapie der Gegenwart, Aprilheft 1910.

## Die unveränderte Zusammensetzung

des Mineralwassers der „Kaiser Friedrich-Quelle, Offenbach a. M.“, ist seit Jahren durch zahlreiche Analysen festgestellt. Die wesentlichen Bestandteile Na, K, Li, Cl und  $\text{HCO}_3$ -Jonen sind stets in nahezu gleicher Menge nachgewiesen. Die „Kaiser Friedrich-Quelle“ bietet daher den Vorteil eines **genau** dosierten **Heilmittels** dar. Indiziert bei **Gicht, Nierenleiden, Cholelithiasis**, sowie allen Stoffwechselkrankheiten.

Probeflaschen und Literatur auf Wunsch gratis und franko. Vorzugspreise für die Herren Aerzte bei Bezügen ad usum proprium.



# PHYTIN

aus Pflanzensamen gewonnene Phosphorverbindung mit ca. 22% organisch gebundenem, leicht assimilierbarem Phosphor.

Mangelhafter Stoff-  
umsatz — Skrofulose —  
Rachitis — Pädatrie —  
Laryngospasmus —  
Anämien — Chlorose —  
Phosphaturie — Neur-  
asthenie — Funktionelle  
Neurosen — Psych-  
asthenie — Hysterie —  
Rekonvaleszenzen —  
Kachexien.

: : Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze : :

Rp.: 1 Orig.-Schachtel Phytinkapseln. — Dosis 1 g pro die  
(40 caps. operc. à 0,25) M. 3.—.

Pharm. oeconom.: Rp.: 1 Orig.-Tropfglas Phytin. liq.  
(ca. 6 Tage reichend) M. 1.20.

## FORTOSSAN

Phytin-Milchzuckerpräparat für Säuglinge und Kinder  
unter 2 Jahren.

Rp.: 1 Original-Packung Fortossan M. 1.60.



## CHININPHYTIN

Salz der Chinabase mit der Phytinsäure, wirkt nicht  
deprimierend auf den Stoffwechsel.

In Orig.-Röhrchen zu 25 versilberten Tabletten à 0,1 M. 1.10.  
„ „ Gläsern zu 50 „ „ à 0,1 M. 2.—.

GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE  
IN BASEL

PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG.

## Dr. Sandow's künstliche Mineralwassersalze

Rationeller und ausserordentlich billiger Ersatz  
der versendeten natürlichen Mineralwasser.

## Dr. Sandow's medizinische Brausesalze <sup>zu</sup> Trinkkuren.

## Dr. Sandow's brausendes Bromsalz (50%).

Ein Nervinum und Sedativum par excellence.

Dr. Ernst Sandow's

## Kohlensäure-Bäder

für den Hausgebrauch

(auch Kohlensaure Stahl-, Sool- und Schwefelbäder).

Preis eines Bades im Kistchen 1 Mk., in „loser“ Packung (nur bei 10, 20,  
30, 50 Stück) 90 Pfg. ausschl. Ueberkisten ab Hamburg.

## Augenbäder

mit Lösungen von künstlichem Emser Salz nach Vorschrift  
des Augenarztes Dr. Hesse in Pirna

zur Heilung äusserer katarthal. u. entzündl. Augenerkrankungen,  
sowie zur Verhütung dieser Zustände und zur Pflege der Augen.

Preis komplett 1,50 Mk.

Dr. Ernst Sandow, Chemische Fabrik, Hamburg.

# Collargol

(Klysmen, Injektionen)

heilt bei genügender Dosierung und konsequent durchgeführter Behandlung viele Fälle

**schwerster Allgemeininfektionen,**

**Pyämie** (besonders puerperale), **akuten Gelenkrheumatismus** (namentlich gegen Salicyl hartnäckige Formen), **Typhus, Gonokokkensepsis, Mischinfektionen** bei Phthise etc.

---

# Xeroform

**Völlig ungiftiges Wundstreupulver.**

Reizlos, sterilisierbar, austrocknend, kräftiges Desodorans, von grosser epithelbildender Kraft. Vermindert die Bildung von Wundsekreten und verringert dadurch die Infektionsgefahr. Hervorragend geeignet für **Trockenverband**. Seltener Verbandwechsel. Spezifikum bei **nässenden Ekzemen, Ulcus cruris, Brandwunden**.

---

**Creosotal „Heyden“.**

**Duotal „Heyden“,**

altbewährte Heilmittel bei allen **infektiösen Krankheiten** der **Luftwege**.

---

# Tannismut

Sehr wirksames, leicht zu nehmendes **Darmadstringens**, das **Wismut- und Tannin-Wirkung** verbindet.

---

Proben und Literatur kostenfrei.

**Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.**

# Excerpta medica.

## Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**September**

**XIX. Jahrgang**

**1910**

### **Appendicitis. Wurmfortsatzentzündung, kompliziert durch**

**Bauchdeckenphlegmone** (letztere die Folge einer **Morphiuminjektion!**). Dr. Canon (Berlin) schreibt darüber: „Folgender Fall von Wurmfortsatzentzündung verdient wegen seiner allgemein praktischen Wichtigkeit beschrieben zu werden: Ein junger Kaufmann erkrankt auf Reisen in der Provinz Posen am 11. Februar 1910 mit Leibschmerzen, setzt aber seine Reisen fort. 14. Februar: Ein Arzt stellt Blinddarmrentzündung fest und macht eine Morphinuminjektion in die Bauchdecken an der Stelle der Schmerzhaftigkeit. 15. Februar: Reise nach Berlin. Befund hier am Mittag: Grosse Schmerzhaftigkeit in der rechten Bauchseite (es wird eine Morphiumeinspritzung verlangt und dabei besonders hervorgehoben, dass bereits eine solche an die Stelle des Schmerzes gemacht worden wäre und diesen sehr bald beseitigt hätte); die Einstichstelle der früheren Spritze war ein wenig nabelwärts vom McBurneyschen Punkte noch sichtbar und gerötet, die Umgebung, besonders nach dem Nabel zu, infiltriert. Diese Infiltration (Folge der Morphiumspritze?) sass ziemlich tief in den Bauchdecken und war schmerzhaft. Die Resistenz und die Schmerzhaftigkeit setzten sich auf die eigentliche Wurmfortsatzgegend fort. Temperatur bis 17. Februar zwischen 37° und 38°, Puls 88—100. 17. Februar: Die Schmerzhaftigkeit und die Resistenz in der Nabelgegend haben zugenommen. Abends Operation (im Nordsanatorium), zumal doch die Möglichkeit vorlag, dass eine Wurmfortsatzeiterung in der Nabelgegend bestand. In

der Narkose verschwand die Resistenz um den Nabel merkwürdigerweise fast ganz. Dieser Umstand war mit die Veranlassung, dass weiter unten an der typischen Stelle eingeschnitten wurde; die Muskulatur wurde stumpf getrennt. Das Peritoneum war intakt, auch mit der zwischen Bauchdecken und Peritoneum bis zum Nabel vorgeschobenen Hand konnte keine Verhärtung am Bauchfell festgestellt werden, wohl aber undeutlich eine solche der Bauchdecken in der Nabelgegend. Der Wurmfortsatz wird entfernt; er war entzündlich geschwollen, nahe der Ansatzstelle rechtwinklig geknickt und hier und am Ende frisch verwachsen; im Innern fanden sich alte, kotige und entzündliche Massen (kein Eiter) und am Ende zwei gut erbsengrosse, weissliche Kotsteine (*A. simplex*). Versorgung des Stumpfes, Etagnennaht. Primäre Heilung und Entfernung der Hautnähte am 24. Februar. Inzwischen war die Infiltration um den Nabel herum wieder stärker und schmerzhafter geworden, und die Temperatur stieg am 25. Februar auf 38,4°. Es wurde jetzt mit Sicherheit angenommen, dass infolge der Morphinuminjektion eine Bauchdeckenphlegmone entstanden war. 26. Februar: Bogenförmige Inzision rechts vom Nabel; zwischen den Bauchmuskeln kam wenig weisslicher, nicht übelriechender Eiter heraus; der tastende Finger kam aber durch eine Oeffnung in der Faszie hindurch in eine grosse Abszesshöhle, die nach innen von den Bauchdecken nach der Bauchhöhle zu lag und aus der sich im Strahl kotig riechender Eiter entleerte. Zuerst entstand wieder leiser Zweifel, ob es sich nicht doch vielleicht hier um einen von der Wurmfortsatzentzündung aus fortgeleiteten Abszess handelte, wenn auch ein solcher bei *A. simplex* bisher wohl kaum beobachtet worden ist, bei näherer Besichtigung und weiterer Spaltung zeigte sich aber, dass die Muskulatur in weitem Umkreise schmierig und eitrig infiltriert war. Tamponade. Heilung erst gegen Ende April. Der Eiter enthielt nur Haufenkokken, keine Darmbakterien. In dem beschriebenen Fall von Wurmfortsatzentzündung war also von ärztlicher Seite eine Morphinuminjektion in die Bauchdecken gemacht worden, und zwar war anscheinend ziemlich tief in die Muskulatur, in der Richtung auf den Nabel eingestochen worden. Es bildete sich in der Folge eine durch Staphylokokken hervorgerufene entzündliche Schwellung der Muskulatur. Die dadurch verursachte schmerzhaftes Resistenz ging in der Narkose, als die Muskeln erschlafft waren, zurück, nahm aber später wieder

zu. Allmählich entstand Eiter, der sich durch eine Oeffnung in die Faszia nach unten senkte und das Bauchfell vorstülpte. Die durch diese Bauchdeckenphlegmone hervorgerufene Schwierigkeit in der Beurteilung der Wurmfortsatzentzündung, insbesondere für die Frage, ob, wann und an welcher Stelle diese operiert werden sollte, ergibt sich ohne weiteres aus der Krankengeschichte. Unter ungünstigen Umständen hätte eine direkte Infektion des Bauchfells stattfinden können, oder es hätte sich ereignen können, dass ein Chirurg erst später den Kranken gesehen und ohne Kenntnis von der vorausgegangenen Injektion und von dem Zustande des Wurmfortsatzes den Abszess rechts vom Nabel eröffnet und nach dem Wurmfortsatz gesucht hätte; hierbei hätte das Bauchfell verletzt werden können. Aber auch bei dem oben beschriebenen operativen Vorgehen hätte leicht eine nachträgliche Infektion der ersten, tiefer gelegenen Operationswunde durch den Eiter der zweiten eintreten können, wenn die Heilung der ersteren verzögert worden wäre. Es besteht hier und da — man kann es nicht anders ausdrücken. — die Unsitte, Morphiumeinspritzungen an die Stelle des Schmerzes zu machen. Der Grund hierfür kann nur in einem gewissen Entgegenkommen den Pat. gegenüber liegen, denn die Wirkung des Morphiums geschieht bekanntlich nur durch die Vermittlung des Gehirns. Unser Krankheitsfall ist eine Warnung! Aehnliche Infektionen können immer einmal vorkommen. Morphiuminjektionen gehören nicht an die Stelle des Schmerzes, insbesondere nicht in die Bauchdecken, am allerwenigsten bei Wurmfortsatzentzündung.“ (Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 24.)

--- **Wodurch setzen wir die Mortalität der A. herab und verhüten Abszesse und Peritonitiden?** Von Prof. Dr. H. Kümmell (Hamburg). In diesem auf dem 39. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1910 gehaltenen Vortrag kommt Autor zu folgenden Schlusssätzen: Die A. ist eine Erkrankung, von welcher nach den Erfahrungen der pathologischen Anatomen etwa vier Fünftel aller Menschen befallen werden. Die mehr oder weniger schweren pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche bei den Sektionen gefunden werden, sind nicht als definitive Heilungen aufzufassen, sondern als krankhafte Veränderungen, welche ähnlich den Gallensteinen einen Ruhezustand bedeuten, welcher durch das Hinzutreten einer Infektion zum akuten Anfall führt. Damit sind die schweren krank-

haften Veränderungen zu erklären, welche man bei vorher anscheinend gesunden Menschen durch die Frühoperation wenige Stunden nach Beginn des akuten Anfalls vorfindet. Die A. möchte ich als eine Infektionskrankheit, durch die verschiedenartigsten Krankheitserreger hervorgerufen, ansehen, welche sich auf dem Boden eines vorher kranken, jedoch im Ruhestadium befindlichen Warmfortsatzes entwickelt. Die A. ist eine Erkrankung, deren Diagnose und Prognose in vielen Fällen Schwierigkeiten bereitet. Es gibt kaum ein Symptom, welches in allen Fällen mit Sicherheit eine A. festzustellen gestattet. Alle früher als massgebend geltenden Symptome: Fieber, Pulsbeschleunigung und anderes mehr können selbst bei schweren Erkrankungen fehlen. Auch die neueren diagnostischen Hilfsmittel: Leukozytenzählung, Viskositätsbestimmung oder das Arnethsche Blutbild, geben uns keinen Anhaltspunkt über den weiteren Verlauf der Erkrankung. Bei dieser Lage der Verhältnisse besitzen wir allein in der frühzeitigen Entfernung des krankmachenden Organs, sobald die Diagnose der akuten A. gestellt ist, das sicherste Mittel, den Pat. definitiv von seinem Leiden zu befreien, ihn in kürzester Zeit zu heilen und vor den mit dem Abwarten verbundenen Gefahren der Abszessbildung und der Peritonitis zu schützen. Die Frühoperation schliesst keine besonders grossen Gefahren in sich, und die damit verbundene Mortalität sank bei den von uns in den letzten Jahren innerhalb der ersten 48 Stunden operierten Fällen auf 0,6%. Nicht alle Appendizitiden bedürfen des operativen Eingriffs. Es gibt eine grosse Anzahl leichter und leichtester Fälle, welche schon nach wenigen Stunden abgelaufen oder als unbedeutend zu erkennen sind. Ist eine Erkrankung nach 12 oder allerlängstens nach 24 Stunden nicht abgeklungen, oder bestehen irgendwelche Zweifel über den weiteren Verlauf, so sollte man sofort zur Operation schreiten. Diese leichten Fälle, darunter die grosse Zahl der chronischen, welche mit oft auftretenden und rasch vorübergehenden Exazerbationen einhergehen, verlangen keine Frühoperation, können intern behandelt und, wenn erforderlich, nach längerer Beobachtung bei dauernden Beschwerden zu gelegener Zeit operiert werden. Einen Todesfall habe ich bei einer sehr grossen Zahl dieser Form und bei konservativer Behandlung nicht auftreten sehen. Es gehört zur Eigenart der A., dass sie von Rückfällen gefolgt ist; das Rezidiv ist bei der A. die Regel, das Freibleiben von einem weiteren

Anfall und die spontane Heilung die Ausnahme. Die nach interner Behandlung als „geheilt“ bezeichneten Fälle sind keine solchen, sondern in der Regel nur vorübergehende Heilungen vom Anfall. Der Beweis der definitiven Heilung müsste erst durch Feststellung der Rezidivfreiheit nach einigen Jahren erbracht werden. Die innere Medizin behandelt, die Chirurgie heilt die Appendicitiskranken; nur durch die Entfernung der Appendix ist die sichere Heilung des Kranken möglich. Je früher die Entfernung des Wurmfortsatzes bei der diagnostizierten akuten A. stattfindet, um so sicherer und gefahrloser kann die Heilung erfolgen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 27.)

### **Ascites. Zur Behandlung der Bauchwassersucht mit Kol-**

**largol.** Von Dr. Riehl (Medizin. Poliklinik in München). Ung. Credé hat sich in drei Fällen von A. als sehr wirksam erwiesen. In allen Fällen trat nach kurzer Zeit sehr starke Abnahme des A. und eine damit verbundene, oft beträchtliche Urinvermehrung auf. Zweifellos ist diese Erscheinung durch eine Reizwirkung des Silbers auf die Nierenepithelien bedingt. Daneben liess sich in allen Fällen auch eine zweifelloose Wirkung auf den Darm konstatieren. Einige Zeit nach Beginn der Salbeneinreibungen traten breiige oder flüssige Stuhlentleerungen auf. Die Behandlung wurde derart durchgeführt, dass 3—4 g Unguentum Credé 15—20 Minuten lang in die durch ein einfaches Vollbad oder ein Schwitzbad gut gereinigte Haut des Leibes, event. auch des Rückens der Kranken fest eingerieben wurden. Ueber die eingeriebene Fläche wurde dann gewöhnlich eine Schicht Watte mit Billrothbattist gelegt. Die Einreibungen wurden gewöhnlich jeden dritten bis vierten Tag wiederholt. Die Zahl der mitgeteilten Fälle ist klein. Doch dürfte es dem Praktiker angenehm sein, vor Anwendung der Bauchpunktion ein Mittel versuchen zu können, das in den obenerwähnten Fällen gute Dienste geleistet hat. Am besten eignen sich für diese Art der Behandlung, die Funktionstüchtigkeit von Herz und Nieren vorausgesetzt, entzündliche Bauchergüsse. Nebenbei sei erwähnt, dass Flüssigkeitsansammlungen in kleinen Hohlräumen (Zystenbildung, Hydrozele, kleine Exsudate bei Epididymitis usw.) durch die Salbe meist verschwinden.

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 21.)

### **Blutungen.** Zur Diagnose des übergrossen retroplazentaren Hämatoms

schreibt Privatdoz. Dr. August Mayer (Universitäts-Frauenklinik Tübingen): „Das übergrosse retroplazentare Hämatom verdient meiner Ansicht nach etwas mehr Beachtung, als ihm im allgemeinen in den gebräuchlichen Lehrbüchern der Geburtshilfe zuteil wird. Oft ist es nicht oder nur nebenbei erwähnt, so dass man die Wichtigkeit seiner Bedeutung gar nicht merkt und den gelegentlichen Ernst der Situation nicht gewahr wird. Am schärfsten scheint mir Ahlfeld in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe es herauszuheben. Was aber anscheinend ganz stiefmütterlich behandelt wird, das ist die nicht seltene Tücke im Verlauf der Nachgeburtsperiode. Ich will daher auf diesen Punkt etwas genauer eingehen. In den Fällen, die ich hier im Auge habe, ist die Situation oft sehr charakteristisch: Keine Blutung nach aussen; schon bald nach der Geburt des Kindes häufige, kräftige, schmerzhaft Nachwehen, die man am Stöhnen der Pat. weithin erkennen kann, so dass alles in bester Ordnung zu sein scheint. Das ist aber nur Schein. Auch der Zustand des Uterus trügt: Er entleert auf mässigen Druck kein Blut nach aussen, ist wohl auffallend dick und gross, aber in typischen Fällen fest, ja sogar hart, so dass man zunächst an eine grosse Plazenta denkt und abwartet. Aber auf einmal ändert sich die Situation: Bei voller Entwicklung des Bildes klagt die Pat. über Uebelsein, die Gesichtsfarbe wird auffallend blass, der Radialpuls merklich schlechter; man ist überrascht und steht unvermutet vor einer mehr oder weniger deutlichen Anämie, ohne äussere Blutung und ohne, wenigstens auf den ersten Eindruck nachweisbare, innere Blutung. Unter heftigem Drang wird, wenn man nicht eingreift, meist nicht allzulang nach der Geburt die Plazenta nach Schultze mit einem sehr grossen retroplazentaren Hämatom ausgestossen. Dann haben wir die Quelle der Anämie aufgedeckt und meist auch das Ende der Blutung erreicht. Das retroplazentare Hämatom stellt so ziemlich den Gesamtblutverlust während des bisherigen Verlaufs der Nachgeburtsperiode dar. Häufig ist es im Eihautsack so gut eingeschlossen, dass kaum ein bisschen Blut verschmiert wird und genaue Gewichtsbestimmungen leicht auszuführen sind. Ich habe retroplazentare Hämatom bis zu 900 g beobachtet. Das ist der Hergang, wie er mir in typischen Fällen der letzten Jahre immer mehr aufgefallen ist. Wie können wir uns diese Situation erklären? Das Fehlen der äusseren Blutung hat



seine Ursache darin, dass es hinter die Plazenta blutet, während durch feste Adhärenz der seitlichen Plazentarteilen oder der Eihäute an der Uteruswand der Abfluss nach aussen verlegt ist. Diese rein innere Blutung führt zu einer plötzlichen Inhaltszunahme des Uterus. Darauf antwortet der Uteruskörper mit starken, schmerzhaften Nachwehen. Gerade diese sind mir so oft aufgefallen, dass sie mir jetzt immer den Verdacht auf ein abnorm grosses retroplazentares Hämatom erwecken. Im Tastbefund führt die rasch fortschreitende Inhaltsvermehrung des Uterus zu Erscheinungen, die wir auch sonst in ähnlichen Situationen, z. B. bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta kennen; schnelle Grössenzunahme des Organs, namentlich im Dickendurchmesser; Höbertreten des Fundus; Abflachung der oberen Kuppe und endlich vermehrte Wandspannung, die dem Uterus eine feste Konsistenz verleiht. Aus dem geschilderten Zustand des Uterus bedürfen Hochstand des Fundus, Zunahme des Dickendurchmessers und die feste Konsistenz der Uteruswand noch einer differentialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber den Verhältnissen bei erfolgter Lösung der Plazenta und bei den gewöhnlichen freien inneren B. ohne dichten Abschluss nach aussen. Liegt die Plazenta gelöst in der Zervix oder in der Vagina, dann hat sich der Uteruskörper über sie zurückgezogen, der Fundus ist über den Nabel emporgestiegen. Da die Körperhöhle leer ist, sind die Uteruswände kontrahiert und darum hart. Sie liegen einander an; dadurch ist der Uterus von vorn nach hinten abgeplattet und seine obere Kuppe ist schmal, etwa wie der Rücken eines zugeklappten Buches. Mit diesen Verhältnissen hat demnach das übergrosse retroplazentare Hämatom gemeinsam den Hochstand des Fundus und bis zu gewissem Grade die Konsistenz der Uteruswand. Dort ist der Uterus aber leer, hier nicht. Das äussert sich in der Vermehrung des Dickendurchmessers, der kugeligen Auftreibung des Organs und in der Flachheit der oberen Kuppe. Bei innerer, nach aussen nicht abgeschlossener Blutung steigt der Fundus ebenfalls hoch. Der Dickendurchmesser ist vermehrt und darum der Uteruskörper kugelig und die obere Kuppe sehr flach. Durch Fehlen der Kontraktion und Retraktion, sowie durch die Ansammlung von Blut im Cavum uteri ohne festen Abschluss nach unten fühlt sich der Uterus weich an. Mit diesem Zustand teilt also das übergrosse, in sich abgeschlossene retroplazentare Hämatom den Hochstand des Fundus und die Vermehrung des Dickendurch-

messers. Das Unterscheidungsmerkmal liegt in der Konsistenz. Diese ist bei dem in sich abgeschlossenen retroplazentaren Hämatom hart und bei der gewöhnlichen freien inneren Blutung weich. Ich stelle diese differentialdiagnostischen Momente in nachstehender kleinen Tabelle übersichtlich zusammen:

|                                           | Hochstand<br>des Fundus | Konsistenz<br>der Wand<br>d. Uterus | Dickendurch-<br>messer d. Uterus |
|-------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Bei gelöster Plazenta                     | aus-<br>gesprochen      | hart                                | gering                           |
| Bei retroplazentarem<br>Hämatom . . . . . | aus-<br>gesprochen      | hart resp.<br>gespannt              | gross                            |
| Bei freier innerer<br>Blutung . . . . .   | aus-<br>gesprochen      | weich                               | gross                            |

Erkennt man den geschilderten Zustand, dann wird man die Plazentarperiode nicht länger ausdehnen, sondern die Plazenta exprimieren. Damit spart man einen unnützen weiteren Blutverlust. Diesen schätze ich nicht gering ein, da er meist schnell erfolgt und, wie erwähnt, gelegentlich bis an ein Liter heranreichen kann, während das retroplazentare Hämatom in der Norm nur etwa 200 g wiegt. (Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 25.)

### **Helminthiasis. Aluminiumsubazetat als Mittel gegen**

**Oxyuris vermicularis.** Von Stabsarzt Dr. Georg Schmidt (Berlin): „Bei einem Herrn in den mittleren Jahren, der mit jedem Stuhle unzählige Madenwürmer ausschied und durch die Folgeerscheinung des Juckens um und in dem After seelisch ausserordentlich ungünstig beeinflusst wurde, hatten wiederholte eingreifende Kuren mit innerlichen Gaben von Santonin und Kalomel, ferner von Naphthalin sowie mit Mastdarneinläufen von Seifenwasser, Knoblauchaufgüssen usw. nur vorübergehenden geringen Erfolg. Wahrscheinlich waren die Madenwürmer im Darm bis weit nach oben hin in sehr grosser Menge vorhanden. Auf der Suche nach einem gegen die Würmer recht wirksamen und doch für den menschlichen Körper ungefährlichen Darmdesinfiziens verfiel ich auf das pulverförmige, schwerlösliche Aluminiumsubazetat, das in der Form von 1 g haltenden sogenannten Estontabletten von der chemischen Fabrik Goedecke & Co. (Berlin) geliefert wird. Das selbst in grösserer Menge in den Darm eingeführte Aluminium

ist nach wiederholten, auch neueren Beobachtungen unschädlich. Vier bis fünf Estontabletten, die täglich verabreicht werden, desinfizieren nach Dreuw den Darm und führen ab. Daraufhin liess ich täglich zwei bis drei Estontabletten nehmen und mit Wasser hinunterspülen. Sie schmecken schlecht; im Munde tritt ein stark saures, zusammenziehendes Gefühl auf. Sonstige Störungen wurden nicht beobachtet. Es gingen alsbald mit den breiigen Stühlen zahlreiche tote oder im Absterben begriffene Würmer ab. Nach zehn Tagen wurde mit der Tablettenverabreichung aufgehört. Nun folgten noch einige Stuhlgänge mit vereinzelt, anscheinend geschädigten Wurmern. Dann wurde der Stuhl regelrecht. Seitdem sind das örtliche Leiden sowohl wie sein ungünstiger Einfluss auf das Allgemeinbefinden des Kranken völlig behoben. Da bekanntlich das wirksame Abtreiben der Madenwürmer, zumal aus den höheren Darmabschnitten des Erwachsenen, zu den schwierigeren dem Arzte zufallenden Aufgaben gehört, empfiehlt sich vielleicht in geeigneten Fällen ein Versuch mit einer ähnlichen Estontablettenkur.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 18.)

- **Notiz, betreffend das Nebeneinandervorkommen von Oxyuris und chronischer Koprostase.** Von Prof. Dr. Wilhelm Ebstein (Göttingen): „Anknüpfend an die Mitteilung von W. Zinn, Ueber Vorkommen und Behandlung von Erkrankungen an *O. vermicularis*, besonders bei Erwachsenen (in dieser Zeitschrift 1910, Januar), möchte ich hier auf eine denselben Gegenstand betreffende Bemerkung zurückkommen, die sich auf S. 82 meines Buches: Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis (Stuttgart 1901) befindet. Hier ist von den bisweilen recht erheblichen Ernährungsstörungen die Rede, die sich bei dem Nebeneinandervorkommen von *O. v.* und chronischer Koprostase bemerkbar machen und die erst nach vollständiger Evakuierung der den Darm anfüllenden Kotknollen, welche von diesen Parasiten wimmeln, schwinden. Ich habe daselbst (S. 230) aus einer Reihe einschlägiger Beobachtungen eine angeführt. Dieselbe betrifft einen 20jähr. Kaufmann, der am 29. Oktober 1898 mich konsultierte und in der hiesigen Privatklinik von mir behandelt wurde. Pat. klagte, dass er an Madenwürmern leide, welche ihm, so lange seine Erinnerung reiche, entsetzliche Beschwerden verursachen; es seien dagegen alle möglichen Mittel von den Aerzten in Anwendung gezogen worden. Die Würmer

verschwanden danach wohl vorübergehend, kehrten aber sehr bald wieder und machten ihm je länger, je mehr unerträgliche Unbequemlichkeiten. Die Stuhlentleerungen sollen dabei täglich erfolgt und weich gewesen sein. Die Untersuchung des Unterleibes des 133 Pfd. wiegenden jungen Mannes, bei dem dabei übrigens sonst keine krankhaften Störungen nachweisbar waren, ergab, dass im gesamten Dickdarm viel Kot angehäuft war. Die Behandlung bestand demgemäss in der Applikation von grossen Oel- und Salzwasserklysmen nach der von mir a. a. O. angegebenen Methode. Am 7. November 1898 gingen zum ersten Male augenscheinlich alte Kotmassen in grosser Menge ab, in denen sich unzählige Madenwürmer befanden. Die Behandlung wurde in derselben Weise bis zum 22. Dezember 1898 fortgesetzt. In dieser Zeit waren häufig alte, mit mehr oder weniger reichlichen O. durchsetzte Kotmassen in grösserer oder geringerer Menge abgegangen. Das hatte nun aufgehört, und bei der Palpation erschien der Bauch allerwärts weich. Es konnten dabei keine Stränge und Knoten mehr gefühlt werden. Das Allgemeinbefinden des Pat. war ein ausgezeichnetes, insbesondere war der früher stets eingenommene Kopf frei; der Appetit war gut, der Schlaf war ruhig und ungestört. Das Körpergewicht hatte nicht abgenommen, und sämtliche durch die Madenwürmer veranlassten Beschwerden waren verschwunden. Mit den Tücken des Leidens durch gleichartige Beobachtungen vertraut, habe ich den Pat. bei seiner Entlassung aus der Privatklinik darauf aufmerksam gemacht, dass trotz seines gegenwärtigen anscheinend tadellosen Wohlbefindens eine Dauerheilung mit voller Sicherheit nicht angenommen werden könne, da es immerhin möglich sei, dass noch alte, nicht durchfühlbare, mit Madenwürmern durchsetzte Kotmassen an einzelnen Stellen abgelagert sein könnten. Ich gab dem Pat. den Rat, unter Kontrolle seines Arztes die Behandlung in der hier geübten Weise zu Hause noch einige Zeit fortzusetzen. Dies ist nach der Aussage des Pat. denn auch geschehen, wenngleich, wie ich anzunehmen allen Grund habe, in einer keineswegs einwurffreien Weise. Jedenfalls ist der Pat. nichtsdestoweniger von seiner Koprostase sowohl als auch von den O., die ihn jahrelang aufs furchtbarste gepeinigt hatten, dauernd verschont geblieben. Es bedarf auf Grund der vorstehenden Auseinandersetzungen wohl keines weitläufigen Beweises, dass Menschen, welche gleichzeitig neben der Erkrankung an O. an chronischer Kopro-

stase leiden, nur dann von der ersteren Plage geheilt werden können, wenn die letztere beseitigt wird. Das letztere erfordert aber nach der Lage der Sache immerhin eine mehr oder minder lange Zeit. Nach meinen Erfahrungen glaube ich, dass sich eine solche Behandlung in gründlicher Weise nur in einer Krankenanstalt ausführen lässt. Vielleicht kann man auch mit Wasserklysmen dabei auskommen; keinesfalls aber würde dies eine Abkürzung der Behandlungsdauer bedeuten, sie würde vielmehr noch längere Zeit in Anspruch nehmen.“

(Therap. Monatshefte Juni 1910.)

### **Nephritis. Zur Praxis der kochsalzarmen Ernährung.** Von

Dr. J. Leva (Berlin-Tarasp). (Schluss.) Wenn man nun für die meisten Krankheitsfälle, die eine kochsalzarme Diät erfordern, die Quantität des zu gestattenden Kochsalzes festsetzen will, so dürften häufig 4—5 g täglich genügen, was ja eine bedeutende Reduktion gegenüber der gewöhnlich eingenommenen und für den Gesunden wohl nicht schädlichen Menge bedeutet. Es zeigt sich nun beim Studium des Kochsalzgehaltes der Nahrungsmittel einerseits und bei Berücksichtigung der Forderungen, die die uns beschäftigenden pathologischen Zustände andererseits an die Diät stellen, dass alle Wünsche, sowohl in bezug auf Qualität als Quantität, als auch Kalorienmenge der Nahrungsmittel mit einer Ernährung, worin die Kochsalzmenge 5 g nicht überschreitet, vollständig befriedigt werden können, und zwar in einer Weise, dass von einer einseitigen Ernährung gar keine Rede sein kann. Im Gegenteil können und sollen zu einer solchen Ernährung alle Gruppen von Nahrungsmitteln durch passende Repräsentanten herangezogen werden. Natürlich scheiden von Anfang an alle jene Nahrungsmittel aus, die einen hohen künstlichen Salzzusatz erfahren haben, als da sind: gepökelttes Fleisch (Schinken usw.), gesalzene und geräucherte, sowie marinierte und in Oel eingelegte Fische, Würste, Pasteten, Suppendauerwaren, Speisewürzen und käufliche Saucen, einzelne Nährpräparate, Kaviar, die meisten Käse, die Büchsen Gemüse usw. Dann ist vor allem nicht ausser acht zu lassen, dass eine Reihe von Nahrungsmitteln, die, wie wir sahen, in rohem Zustand kochsalzarm sind, durch die Zubereitung in der Küche einen hohen Kochsalzgehalt erlangen können, aber nicht erlangen müssen; denn wir können sehr viele Speisen, die nur gewohnheitsmässig mehr oder weniger gesalzen werden, auch ungesalzen lassen.

respektive das Salz in denselben durch pflanzliche Würzstoffe (Majoran, Petersilie, Dill usw.) sowie durch die eigentlichen Gewürze (Pfeffer usw.) oder durch Zitrone, Essig, Zucker usw. ersetzen, wobei teilweise der Schmachthaftigkeit der Speisen kein besonderer Abbruch geschieht, teilweise aber auch im Hinblick auf das vorgesteckte Ziel dem Geschmack des Pat. nicht gar zu ängstlich nachgegeben zu werden braucht. Jedenfalls ist es eine bemerkenswerte Tatsache, dass es in vielen Fällen empfehlenswerter ist, die zu reichenden Speisen überhaupt gar nicht zu salzen, sondern das über ihren natürlichen Gehalt an Chlornatrium hinausgehende Quantum, das man noch gestatten will, dem Pat. täglich als solches auf den Tisch zu geben, damit er sich selbst davon bediene. Man kann dann gelegentlich die psychologisch interessante Erfahrung machen, dass er die erlaubte Salzmenge gar nicht aufbraucht, jedenfalls aber, dass er eine solche energisch geforderte Abstinenz sehr bald nicht mehr als besonderes Opfer empfindet und dass er, ohne anderweitige Nachteile davon zu haben, sich vollständig daran gewöhnt hat. Nicht unerwähnt darf es bleiben, dass dieses System einzig und allein die Garantie dafür abgibt, dass ausserhalb eines Sanatoriums oder einer Klinik die vorgeschriebene Menge Kochsalz nicht überschritten werde; denn es ist leicht einzusehen, dass man sich in dieser Beziehung meistens wohl unbedingt auf den Pat. und nur sehr wenig auf das Küchenpersonal verlassen darf und dass es infolgedessen klüger ist, von diesem letzteren zu verlangen, dass die Speisen unterschiedslos ungesalzen bleiben sollen, als ihm aufzutragen, die Salzmenge zu beschränken. Wenn wir nun auch nach diesen Grundsätzen zur salzarmen Ernährung Nahrungsmittel aus allen Kategorien benutzen könnten, so ist es doch aus praktischen Gründen vorteilhaft, eine prinzipielle Scheidung vorzunehmen zwischen erlaubten und unerlaubten, beziehungsweise bedingt erlaubten Nahrungsmitteln. Da der Kulturmensch zum Unterschied vom tiefstehenden Menschen Fleisch ohne ein gewisses und für unsere speziellen Zwecke schon zu sehr ins Gewicht fallende Quantum Kochsalz auf die Länge nicht zu geniessen imstande ist, wird in erster Linie eine Einschränkung der Fleischnahrung geboten sein, während ein vollständiges Verbot derselben seltener und dann wohl mehr aus Gründen, die durch die Krankheit selbst diktiert werden, sich ergeben wird. Man wähle im übrigen diejenigen Fleischsorten, die am wenigsten Chlornatrium enthalten

und vermeide diejenigen mit höherem Salzgehalt (Meerfische, Niere, Hirn, Gans); ausserdem erinnere man sich daran, dass einzelne Fleischsorten für unseren Geschmack viel mehr Kochsalz verlangen als andere. Am wenigsten salzt man Taube und Huhn, etwas mehr Rindfleisch und Wild, noch mehr Kalbfleisch, am meisten Schweinefleisch und Fische. Man mache reichlich Gebrauch von Buttersaucen oder reiche Saucen mit Eigelb, Oel, Essig, Zitrone usw., ohne Fleischsaft, oder lasse ein Jus aus Kalbsknochen und Gemüse und Rüben herstellen, das keines Salzzusatzes bedarf. Ausser einer beschränkten Menge Fleisch wird man animalisches Eiweiss in Form von Eiern, die man sehr gut ungesalzen geniessen kann (auch Magermilch, Boumascher Milch, Kindermehlen), einzelnen Nährpräparaten (siehe oben) und den salzarmen Käsesorten (ungesalzenem Gervais, Topfen, Schichtkäse) verwenden. Fleischbrühe und Fleischsuppen überhaupt sind ganz zu verbieten, ebenso Fleischextrakt und besonders Bouillonnkapseln (53% NaCl!); dagegen lasse man sehr häufig ungesalzene Milch-, Mehl- und besonders Wein-, Bier- und Fruchtsuppen bereiten, die mit allerlei anderen Zutaten sehr geschmackvoll hergestellt werden können. Végetabilisches Eiweiss steht uns natürlich in erster Linie in den Zerealien (Weizen, Gerste, Roggen, Hafer, Reis, Mais, Hirse usw. und in ihren Mehlen und sonstigen Mahlprodukten) und Hülsenfrüchten zur Verfügung. Die damit verfertigten Speisen — und ihre Zahl ist ausserordentlich gross — erfordern zum Wohlgeschmack, wenn überhaupt, nur minimale Mengen Salz und können mit Zucker, Zitrone, allerlei Gewürzen, Milch, Sahne, den chlornatriumarmen Nährpräparaten usw. versetzt werden. Das Brot soll ungesalzen genossen werden, woran man sich unschwer gewöhnt; es erfordert natürlich eine spezielle, aber leicht zu erlangende Zubereitung, wobei man gleichzeitig etwas Milch zusetzen lasse, wie dies bei dem in Deutschland sogenannten englischen Brote geschieht, die das Austrocknen des Brotes verhindert und den Wohlgeschmack erhöht. Die Kohlenhydrate liefern ausser den erwähnten Zerealien, Hülsenfrüchten und dem Zucker die Gemüse, Pilze und Wurzelgewächse, die, wie oben ausgeführt, ungesalzen zubereitet und am Tisch nachgesalzen werden können. Dass Zusätze von pflanzlichen Würzstoffen und eventuell auch von Eiern, Sahne, Mehl usw. empfehlenswert sind, braucht nicht ausgeführt zu werden. Die Büchsengemüse sind wegen ihres künstlichen Salzzusatzes besser ganz zu ver-

meiden; ausserdem achte man darauf, nicht gerade diejenigen Gemüse mit Vorliebe zu wählen, die einen ziemlich hohen Chlorgehalt haben können (Sellerie, Spinat, Savoyerkohl, Weisskohl usw.). Salate in der gewöhnlichen Weise zubereitet (das heisst mit Oel, Essig und Salz usw.) sind natürlich zu verbieten; aber es gibt viele Personen, die gezuckerten und dann besser mit Zitrone, eventuell auch mit einer ungesalzenen Mayonnaise angemachten Salat ganz gerne geniessen. Alle pflanzlichen Stoffe haben im übrigen noch den grossen Vorzug, dass durch den viel höheren Kaliegehalt der Pflanzen eine Verarmung des Organismus an Chlor entsteht, da beim Zusammentreffen von Kochsalz und Kalisalzen eine teilweise Umsetzung in der Weise stattfindet, dass Chlorkali und ein Natronsalz resultieren, welche beide durch die Nieren ausgeschieden werden. Als Geschmackskorrigentia zu den ungesalzenen oder wenig gesalzenen Speisen stehen einem der Meerrettig in verschiedenen Zubereitungen und selbst und dann ohne Salz eingelegte Mixedpickles und, wo er gestattet werden kann, der Senf zur Verfügung. Der gewöhnliche deutsche Senf (Mostrich) jedoch ist stark gesalzen und die käuflichen sonstigen Senfsorten sind in dieser Beziehung unzuverlässig; man kann sich aber sehr leicht auch seinen Senf selbst fabrizieren, wobei man, um ganz sicher zu gehen, ungemahlene Senfkörner kaufe, die man erst mahlt und dann mit Essig, Wein, Kräutern usw. versetzt. Als Fett diene vor allem ungesalzene Butter und Sahne; Palmin ist zulässig, aber nicht Margarine. Dass man von Früchten (rohen und gekochten), Fruchtsäften, Zuckerwaren, Schokolade usw. reichlichen Gebrauch machen wird, liegt auf der Hand. Als Getränke benutze man Wasser oder Milch und Kakao, daneben Kaffee, Tee, etwas Wein, Bier usw., sei aber wegen ihres verschieden hohen Kochsalzgehaltes mit den Mineralwässern vorsichtig. Man ersieht aus diesen kurzen, aber für jeden sich mit Ernährungsproblemen beschäftigenden Arzt wohl genügenden Andeutungen, dass die kochsalzarme Diät in der Tat meist leicht ausführbar ist, und dass sie alle berechtigten Wünsche vollständig und glatt befriedigt. Dabei kann sowohl auf Geschmack und Abwechslung der Nahrung genügend Rücksicht genommen, als auch allen sonstigen Anforderungen in vollstem Masse nachgekommen werden, die durch die verschiedenen, zur Einleitung einer solchen salzarmen Ernährung Veranlassung gebenden Krankheitsfälle gestellt werden.

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 20.)



**Obstipatio. Ueber Klystier-Ersatz-Therapie.** Von Dr. W.

Unna (Krankenhaus der Jüd. Gemeinde zu Berlin). „Um die gekennzeichneten Unbequemlichkeiten zu umgehen, hat mein Chef, Herr Prof. H. Strauss, sich veranlasst gesehen, Versuche anzustellen, mit grossen Suppositorien aus Ol. Kakao, ähnlich wie sie vor kurzem von Boas als Nährsuppositorien empfohlen worden sind. Er ging dabei von der Voraussetzung aus — die uns dann die Praxis auch bestätigt hat — dass sich solche Zapfen, wenn deren Schmelzpunkt niedriger ist als die Körpertemperatur, im Mastdarm auflösen müssen und dass die von ihnen gelieferte Oelmenge ausreichen musste, um die Darmwand und Kotmassen genügend schlüpfrig zu machen und ein müheloses Durchgleiten der letzteren durch das Rektum zu ermöglichen. Herr Oberapotheker Freundlich, Vorsteher unserer Krankenhaus-Apotheke, hatte die Liebesswürdigkeit, mir über die Herstellung solcher Mastdarmzapfen einige Angaben zu machen: Die Zapfen haben eine konische Form, sind 8 cm lang (d. h. nicht länger als der Längsdurchmesser der Ampulle!) im Durchmesser  $1\frac{1}{2}$  bis 2 cm breit und an ihrem vorderen Ende etwas zugespitzt. — Sie werden in einem eigenen Suppositorienapparat aus je 15—20 g erwärmten Ol. Kakao hergestellt. Nach dem Erkalten haben sie eine genügend feste Konsistenz, um sich — an der Spitze mit etwas Oel oder weicher Vaseline eingefettet — mühelos in den After einführen zu lassen. Dabei ist Knie-Ellenbogen-Lage zwar dienlich, aber nicht unbedingt erforderlich. In den allermeisten Fällen reicht die linke Seitenlage vollkommen aus. Zweckmässig ist es, bei der Einführung des Zapfens die Topographie des Rektums zu berücksichtigen, also die erste Hälfte senkrecht zum After einzuführen, bei der zweiten Hälfte aber, entsprechend der Richtung der Ampulle, den Weg etwas dorsalwärts zu nehmen. Wir haben diese Zapfen seit einiger Zeit bei einer grossen Anzahl von Pat. in Anwendung gezogen, und zwar zunächst in solchen Fällen, in denen es darauf ankam, die Reibung des Kotes mit der Ampulle, zumal mit ihrem distalen Teil, und mit den Wänden der Pars sphincterica zu vermindern, wozu schon ein geringes Quantum von Oel völlig ausreichen muss; also vornehmlich in den Fällen von sogenannter Proctitis ampullaris und Pr. sphincterica, in denen die Proktosigmoidoskopie eine entzündlich gerötete, feuchtglänzende oder auch auffallend trockene, granulierte, eventuell auch erodierte oder mit Schleim belegte Mukosa

vor Augen führt. In derartigen Fällen kommt es ja in erster Linie darauf an, traumatische Insulte der Schleimhaut zu verhüten, durch die das Leiden unterhalten oder gar gesteigert werden oder durch welche nach schon erfolgter Ausheilung Anlass zu Rezidiven gegeben werden könnte. Manchmal, wenn auch durchaus nicht in allen solchen Fällen, handelt es sich um jenen Zustand, den Strauss als ‚proktogene Obstipation‘ beschrieben hat. Also überall da, wo es zunächst genügt, die unteren Wege schlüpfrig zu machen, sind die Stuhlzapfen am Platze. Und dass sie diesen Zweck erfüllen, beweist — neben der Angabe der Pat., die Defäkation sei auffallend mühelos vor sich gegangen — der Anblick des Stuhles, der gewöhnlich nach der Entleerung von einer öligen Masse umgeben ist, die in dem den Stuhl auffangenden Gefäss bald zu einer schmalartigen Masse erstarrt. Selten nur war das Oel mit dem Stuhl selbst vermischt — anscheinend nur dann, wenn der Kot sich im Mastdarm noch nicht allzu sehr verhärtet hatte. In solchen Fällen erfolgte die Defäkation nicht selten denn auch relativ bald, d. h. schon nach zirka  $\frac{1}{2}$ —2 Stunden, während sie sonst am häufigsten 4—8 Stunden auf sich warten liess. In der Mehrzahl der Fälle hatten die Stuhlzapfen an sich keine kostaustreibende Wirkung, sondern erleichterten nur die Absetzung des Stuhles in ihrer Eigenschaft als Schmier- und Gleitmittel. Infolgedessen erscheinen sie auch zunächst nur in den obengenannten Fällen indiziert.

Ihr Indikationsgebiet lässt sich aber durch verschiedene Zusätze zum Ol. Cacao beliebig erweitern. So haben wir in solchen Fällen, in welchen gleichzeitig noch eine adstringierende Wirkung auf die Schleimhaut der Ampulle und der Pars sphincterica erwünscht ist, den Stuhlzapfen noch eine Beimischung von 0,5—1,0 g des nach den Angaben von Strauss hergestellten zuckerfreien, neutralen, kalk- und mentholhaltigen Heidelbeerextraktes gegeben, wie es sich nach den Mitteilungen von Laufer aus der Straussschen Poliklinik teils in Form kleiner Suppositorien, teils in Form von Klysmen für die Behandlung entzündlicher Prozesse der untersten Darmabschnitte bewährt hatte. Auch Ichthyolbeimengungen (0,1 g) mit oder ohne Eukain (0,03 g) und Extr. Bellad. (0,03 g) haben wir mit Erfolg angewandt. Begreiflicherweise kann man auch Argent. nitricum, Protargol und ähnliches beimengen. Eine eccoprotische Wirkung erzielt man durch Zusatz von Glyzerin, Seife usw. Auf Grund der Versuche von K.

Glaessner und G. Singer haben wir für diejenigen Fälle, in welchen uns ein peristaltikanregender Zusatz erwünscht schien, 0,1 bis 0,2 Cholsäure beigemischt und sind dabei in zahlreichen Fällen zu dem gewünschten Erfolge gelangt. Im Laufe von einer halben bis zu fünf Stunden kam es zu einer mühelosen Entleerung eines normal geformten Stuhles, und der ganze Vorgang glich sehr einer spontanen physiologischen Defäkation, worauf auch schon die beiden Autoren hinweisen. Die Pat. äusserten meistens ganz von selbst, wie leicht ihnen die Entleerung geworden ist. Wir haben allerdings auch Fälle gesehen, in denen die Wirkung ausblieb, doch war dies bei weitem die Minderzahl. Als Anwendungsgebiet der Cholsäure bezeichnen Glaessner und Singer alle jene Fälle, bei denen eine Erschwerung der Defäkation durch Störung im Rektum vorliegt oder eine Schwäche der austreibenden Kraft im Dickdarm anzunehmen ist; auch den paralytischen Ileus, die postoperative Darmparese und Darmparalyse sowie die hartnäckigen Formen der Darmträgheit bei chronischer Peritonitis glauben die genannten Autoren mit Cholsäure beeinflussen zu können. Jedenfalls sind die Erfolge, die wir mit der Anwendung der Cholsäurezäpfen im allgemeinen erzielt haben, in solchem Grade zufriedenstellend, dass wir die Cholsäurezäpfen in solchen Fällen empfehlen können, wo zur Schonung des Magens auf die Verabreichung eines Abführmittels verzichtet werden muss und in welchen die gleichzeitige Anwendung eines Aperitiv- und Gleitmittels angezeigt erscheint.

Da wir mit den hier beschriebenen grossen Stuhlzäpfen, die wir bei den verschiedensten Krankheitszuständen des Darmes angewandt haben, nie irgendwelche Belästigung des Pat. erlebt, aber in ihnen ein sehr gutes Ersatzmittel für gewisse Arten von Klystieren kennen gelernt haben, so nehmen wir keinen Anstand, sie für die hier besprochenen Zwecke zur allgemeinen Benutzung zu empfehlen. Jede Apotheke wird sich leicht auf ihre Herstellung einrichten können\*).

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1910.)

**Paralyse.** Ueber Medianuslähmung als Spätfolge einer Ellenbogengelenkverletzung. Von Prof. M. Bernhardt (Berlin). Autor berichtet über folgenden interessanten Fall: „Es handelt sich um eine zurzeit 42 Jahre alte,

\*) Sie werden zurzeit in der Kopernikus-Apotheke, Berlin W., Hohenstaufenstrasse, hergestellt.

sonst gesunde Frau, die seit etwa zwei Jahren an einer erheblichen Schwäche und Kraftlosigkeit der rechten Hand leidet. Sie war bis zur eben angegebenen Zeit als Hausmädchen bzw. Köchin durchaus arbeitsfähig und hatte über die Kraft in der rechten Hand nicht zu klagen. Als sie acht Jahre alt war, war sie durch Fall auf den rechten Ellenbogen geschädigt worden; Einzelheiten ihres damaligen Zustandes sind ihr entfallen; nur weiss sie, dass sie nicht durch einen Arzt, sondern durch einen sogenannten klugen Mann geheilt wurde. Sie hat sich wirtschaftlich stets fleissig betätigt und bis vor zwei Jahren keine Einbusse ihrer Arbeitsfähigkeit empfunden. Der Unterarm steht zum Oberarm in Cubitus valgus-Stellung; die Beugung des Unterarmes zum Oberarm kommt nur unvollständig zustande. An der Innenseite des rechten Ellenbogengelenkes fühlt man unter dem Cond. internus noch ein wahrscheinlich abgesprengtes Knochenstück, zwischen welchem und dem etwas verdickten Olecranon der auf Druck nicht schmerzende N. ulnaris deutlich abzutasten ist. Druck auf den N. medianus an der Innenseite des M. biceps ist nicht empfindlich. Während die Pro- und Supination des rechten Unterarmes nur mangelhaft ausführbar ist, kann die Hand im Gelenk gebeugt und gestreckt, auch adduziert und abduziert werden. Es besteht keine Klauenhand; Beugung und Streckung der Finger ausführbar; Handschluss möglich, aber schwach. Händedruck dynamometrisch gemessen rechts 27, links 55. Umfang des rechten Unterarmes  $15\frac{3}{4}$ , links  $16\frac{1}{2}$  cm, gemessen drei Querfinger oberhalb der Handgelenke. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab am rechten Ellenbogengelenk einen Bruch des Radiusköpfchens und eine Knochenauflagerung am Cond. internus und Olecranon; das Radiusköpfchen ragt nach innen und oben (nach der Volarseite hin) hervor. Das erste Spatium interosseum ist etwas eingesunken, während man eine deutliche Atrophie der übrigen Zwischenknochenmuskeln an der rechten Hand kaum feststellen kann. Spreizen und Aneinanderbringen der Finger, Beugung und Streckung derselben, auch Adduktion des Daumens ausführbar. Während sich die Muskeln des Hypothenar nur etwas schlaff anfühlen, ist der rechte Daumenballen stark atrophisch und flach; eine Opposition des rechten Daumens zu den übrigen Fingern kommt nur mühselig und mangelhaft zustande. Im deutlichsten Gegensatz zu links werden rechts Gegenstände mit Daumen und Zeigefinger wenig festgehalten und sind

mit leichter Mühe den festhaltenden Fingern zu entwenden. — Es besteht andauernd ein taubes Gefühl in den drei ersten Fingern der rechten Hand; an diesen werden in dem bekannten Medianusgebiet sowohl auf der Volar- wie Dorsalseite zwar leichte Berührungen und Temperaturunterschiede empfunden, aber viel weniger genau wie an den entsprechenden Stellen links. Dasselbe gilt, wenn auch in geringerem Grade, für Nadelstiche und den Reiz des elektrischen (faradischen) Pinsels. Wieder im deutlichsten Gegensatz zu links kann rechts die Muskulatur des Daumenballens auch mit sehr starken faradischen Strömen nicht zur Zuckung gebracht werden; dies gilt sowohl für den direkten wie indirekten Reiz (von oberhalb des Handgelenkes her). Indirekte Reizungen der Thenarmuskeln mit dem galvanischen Strom sind erfolglos; bei direkter Reizung der Daumenballenmuskeln mit dem galvanischen Strom erhält man erst bei 20 M.-A. eine schwache träge Zuckung. — Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen erzielt man bei der elektrischen Untersuchung der Mm. interossei mit beiden Stromesarten und bei nur wenig höheren Stromstärken als links deutliche und normale Zuckungen. Die beschriebenen Erscheinungen hatten sich, wie gesagt, innerhalb der letzten zwei Jahre, wo Pat. als Hausmädchen und Köchin tätig war, allmählich herausgebildet. Hinzufügen muss ich noch, dass die langen, an der Volarseite des rechten Unterarmes gelegenen, vom N. ulnaris und medianus innervierten Muskeln auf den elektrischen Strom in normaler Weise reagierten. — Es handelt sich also hier, um das Gesagte kurz zusammenzufassen, um eine atrophische Lähmung im Bereich des rechten N. medianus mit vorwiegender Beteiligung der Daumenballenmuskulatur und mit Sensibilitätsstörungen im Bereich des Medianus an der Hand und einer nur angedeuteten Parese des Nervus ulnaris derselben Seite, welche Zustände etwa 30 Jahre nach einer Verletzung des Ellenbogengelenkes derselben Seite in die Erscheinung getreten sind. Es erübrigt sich wohl, an dieser Stelle die ganze Literatur der Ulnarislähmung als Spätfolge einer Ellenbogengelenkverletzung zu reproduzieren, um so mehr, als ich dies vor nicht langer Zeit in einer in der ‚Medizinischen Klinik‘ veröffentlichten Arbeit ausgeführt habe. Was aber meines Wissens wenig bekannt ist und durch die mitgeteilte Beobachtung, wie ich glaube, gut illustriert wird, ist die Tatsache, dass nach Frakturen und Luxationen im Ellenbogengelenk und Brüchen der Knochen des Unter-

armes, speziell des Radius an seinem oberen Ende, sich auch im Medianusgebiet Verhältnisse ausbilden können, wie sie für den N. ulnaris bekannt sind, nämlich das Eintreten von lähmungsartigen Zuständen, auch wenn inzwischen seit dem Unfall Jahre vergangen sind, während welcher die betreffende Person keinerlei Störungen im betreffenden Nervengebiet empfunden oder beklagt hat. Ich sagte schon, dass ich nur wenig gerade über diesen Gegenstand in der Literatur gefunden. Hierher gehört die 1906 von Bevers mitgeteilte Beobachtung. Ein 18jähriges Mädchen hatte sich vor acht Jahren eine Verletzung des linken Ellenbogens zugezogen. Seitdem heftige Schmerzen auf Druck an der Beugeseite und Unmöglichkeit den Arm zu strecken. Mehrere fruchtlose Operationen. Vor dem inneren Condylus lag in die Muskeln eine Hervorragung eingebettet. Im Verlauf des N. medianus traten auf Druck an dieser Stelle Schmerzen auf in der Hand und den von dem Medianusgebiet versorgten Fingern. Der verbreiterte N. medianus lag fächerförmig ausgebreitet über der Geschwulst. Diese, ein Stück des gebrochenen unteren Humerusendes, das nach vorn disloziert war, wurde herausgenommen. Keine nachfolgende Lähmung. Habe ich noch erwähnt, dass Oppenheim in der neuesten Auflage seines Lehrbuches der Nervenkrankheiten die kurze Bemerkung macht: Wenn die durch den Callus hervorgebrachten Spätlähmungen auch meist den Ulnaris betreffen, sind sie doch auch am Medianus beobachtet worden (Näheres wird nicht angegeben), so habe ich alles, was ich in der Literatur auffinden konnte, hier wiedergegeben. So wird es gestattet sein, fürderhin nicht nur von Spätläsionen im Ulnarisgebiet nach Verletzungen des Ellenbogengelenkes zu reden, sondern der Tatsache eingedenk zu sein, dass ähnliche Spätläsionen (nach den vorliegenden Mitteilungen zu schliessen freilich sehr viel seltener) auch im Medianusgebiet vorkommen können.“

(Neurolog. Zentralbl. 1910 Nr. 4.)

- **Ein Fall von Lähmung des N. musculo-cutaneus.** Von Stabsarzt Dr. Schemel. (Aus dem Hydrotherapeutischen Institut der Universität in Berlin.) „Der 35jährige Reisende Wilhelm L. suchte am 2. Mai 1910 unsere Poliklinik auf und gab folgendes an: Er habe beim Erwachen am 1. Mai 1910 eine auffallende Schwäche in seinem rechten Oberarm wahrgenommen, die sich besonders bemerkbar machte, als er sich waschen und als er den Hörer seines

Fernsprechers mit der rechten Hand an sein Ohr führen wollte. Dabei bestand ein prickelndes, taubes Gefühl an seinem rechten Unterarm, besonders in einem breiten Streifen auf der Streck- und Ulnarseite desselben, das in die Fingerspitzen des vierten und fünften Fingers der rechten Hand ausstrahlte. Er bemerkte ferner, dass sein rechter Biceps beim Beugen des Arms nicht mehr wie sonst den typischen Muskelbauch bildete. Auf Befragen gab Pat. an, dass er gewohnt sei, beim Schlafen auf der rechten Seite zu liegen; ob er sich dabei seinen rechten Arm gedrückt habe, könne er nicht angeben. Aus der weiteren Anamnese geht hervor, dass Herr L., wie das sein Beruf als Reisender mit sich bringt, regelmässig sehr erhebliche Mengen von Spirituosen zu sich nimmt. Am 30. April, dem Tage vor seiner Erkrankung, habe er etwa 18 Glas Bier und einige Kognaks getrunken. Am Abend dieses Tages habe er einem Freund in dessen Buttergeschäft etwa drei Stunden lang geholfen und dort zum Verkauf Butter aus einem Fass herausstechen müssen. Er meint jedoch, dass diese körperliche Arbeit nicht das Mass dessen überschritten habe, was er sonst mit seinem Arm zu leisten gewohnt sei. Pat. gab ferner an, dass er siebenmal an Tripper, viermal an Bubonen gelitten und dass er sich im November 1902 mit Syphilis infiziert habe. Die Syphilis sei alsbald mit sechs Spritzkuren behandelt worden. Die letzte Kur habe er 1905 vorgenommen. Seit Januar dieses Jahres bemerkt er eine sich ständig vergrössernde nässende Stelle auf der Unterseite seines Gliedes, die auf das Scrotum übergegriffen habe. Er habe sich hiergegen selbst mit indifferenten Puderungen behandelt. Bei der Untersuchung am 2. Mai 1910 stellte ich fest, dass bei dem sehr muskulösen Mann eine Lähmung des rechten Biceps bestand. Bei aktiver Beugung des Unterarms kontrahierte sich der Biceps nicht, statt dessen sah man in ihm ein sehr ausgesprochenes fibrilläres Muskelzittern. Die aktive Beugung des rechten Arms im Ellbogengelenk war nicht behindert, da der Brachialis internus nicht mitbetroffen war. Ein messbarer Unterschied im Umfang der Oberarme war nicht vorhanden, doch gab Pat. an, dass sein rechter Arm viel stärker zu sein pflege als der linke. Mit Rücksicht darauf, dass der Pat., wie oben erwähnt, Zeichen manifester Syphilis darbot und die Wassermannsche Reaktion sehr stark positiv ausfiel, hielt ich eine Behandlung in unserm Institut nicht für angebracht und empfahl ihm, sofort in spezialärztliche

Behandlung zwecks Vornahme einer antisyphilitischen Kur zu treten. Infolgedessen ist leider eine eingehendere Untersuchung sowohl der Sensibilität wie der elektrischen Erregbarkeit der Muskulatur des betroffenen Arms unterblieben.“ Am 14. Mai untersuchte Autor den Pat. wieder. „Herr L. gab zunächst an, dass die Parästhesien in seinem rechten Unterarm seit dem 3. beseitigt seien und dass sich seine Lähmung seit dem 5. Mai langsam, aber stetig zurückbilde, wenn er auch die frühere Kraft in seinem rechten Arm noch lange nicht wieder erreicht habe, was sich z. B. besonders beim Kegelschieben und Billardspielen bemerkbar mache. Er hat übrigens meinen Rat nicht befolgt und sich nicht zu einer neuen antisyphilitischen Kur entschliessen können; er hat, abgesehen von aktiven Streck- und Beugeübungen der Arme, gegen seine Lähmung nichts weiter getan. Eine heute vorgenommene Prüfung der Funktionen des rechten Arms ergab, dass der M. biceps sich wieder aktiv kontrahierte, ein Muskelzittern war dabei nicht mehr wahrzunehmen. Die rohe Kraft war fast die gleiche wie links. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit sowohl mittels galvanischen wie faradischen Stroms vom Erbschen Punkt aus und bei direkter Reizung des Biceps ergab keinerlei Besonderheiten. Vielleicht hatte man den Eindruck, als wenn der rechte Bicepsbauch sich nicht so deutlich markierte wie der linke. Bei der Sensibilitätsprüfung zeigte sich auf der medialen Seite des rechten Oberarms von der Haargrenze bis fast zum Ellbogen eine deutliche Herabsetzung des Gefühls für feine Berührungen und für Schmerzempfindung, nicht für den Temperatursinn. Am Unterarm fand sich nichts Regelwidriges. Das Nervensystem zeigte sonst keine Besonderheiten; die Pupillen reagierten, die Patellarreflexe waren vorhanden, das Rombergsche Symptom nicht. Es handelt sich im vorliegenden Fall um einen Mann, dessen Nervensystem durch Syphilis und vor allem durch Alkoholmissbrauch erheblich geschädigt ist. Auf Grund dieses geschwächten Nervensystems ist dann möglicherweise infolge der körperlichen Anstrengung des Butterstechens am 30. April die Lähmung des N. musculo-cutaneus entstanden. Ich will aber auch die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, dass es sich vielleicht um eine im Schlaf entstandene Drucklähmung gehandelt hat. Ob die am 14. Mai festgestellte geringe Sensibilitätsstörung am rechten Oberarm im Bereich des N. cutaneus internus, von der Pat. übrigens bisher nichts wusste, gleichzeitig mit der Lähmung



des N. musculo-cutaneus entstanden ist und mit dieser in Zusammenhang stand, liess sich natürlich nicht mehr feststellen. Auffallend bei dem geschilderten Krankheitsverlauf ist, dass sich trotz des geschwächten Nervensystems die Ausfallerscheinungen ohne jede Behandlung so schnell zurückgebildet haben. Hieraus könnte man wohl schliessen, dass es sich im vorliegenden Fall nur um eine Schlaf lähmung gehandelt hat und dass keine schwereren Veränderungen neuritischer Art in dem gelähmt gewesenen Nerven bestanden haben.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 26.)

### **Pertussis. Eine Behandlung mit Chininsalbe auf dem**

**Wege durch die Nase.** Von San.-R. Dr. L. Berliner (Berlin). Seit zwei Jahren wende ich bei jedem Falle von Keuchhusten Chininsalbe an, je nach dem Alter des Kindes 1—2,5 auf 10—15 g Adip. suillis. Einführen lasse ich die Salbe mit einem Glasstäbchen, 3—4 mal täglich, eine etwa erbsengrosse Portion in jedes Nasenloch. Damit die Salbe nach hinten fliesst, empfehle ich, hinterdrein das Kind auf den Rücken legen zu lassen.

Ich habe bei dieser Methode das eine Mal schnell, das andere Mal etwas langsamer den Erfolg eintreten sehen. Einige der Mütter erklärten mir, nach 3—4 Tagen schon eine wesentliche Besserung wahrgenommen zu haben, in den meisten anderen Fällen habe ich feststellen zu können geglaubt, dass nicht bloss die Zahl der Krampfanfälle nach ca. 8 Tagen abnahm, sondern auch die Intensität derselben. Die Abnahme der Anfälle schreitet dann mit der Abnahme der Intensität fort und der Stickhusten verklingt als einfacher Husten mit immer seltener werdenden Krampfanfällen. Rezidive sind nicht ausgeschlossen, weichen aber unter der wiederaufgenommenen gleichen Behandlung.

Die Wirksamkeit der Methode ist um so deutlicher, je jünger die Kinder sind. Universelle Krämpfe bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren, im Gefolge der Stickhustenanfälle, pflegten wegzubleiben, sobald die Salbenbehandlung eingeleitet war, bei all den Kindern, die mir in der genannten Zeit zugeführt wurden.

Die Einfachheit der Methode macht sie für den praktischen Arzt sehr brauchbar. Die Mütter werden leicht zum Ausharren bei dieser wochenlang fortzusetzenden einförmigen Kur bewogen, wenn man sie veranlasst, täg-

lich, unter Datum, jeden Stickhustenanfall durch einen Strich auf Papier zu verzeichnen. Die Abnahme der Striche, ihre geringe Zahl, auf welche sich der Arzt berufen kann, verschafft dann die nötige Geduld.

(Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 7.)

- Mit **Eulatin** hat Dr. M. Ichelhäuser (vgl. pädiatr. Poliklinik München) bei 39 Fällen — darunter recht schweren — sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. E. erwies sich als unschädliches Mittel, das die Zahl und Heftigkeit der Anfälle rasch herabsetzt und die Nebenerscheinungen bald zum Verschwinden bringt.

(Die Heilkunde, Juni 1910).

### **Prolapsus vaginae. Ueber ring- und kugelförmige**

**Pessare bei der Behandlung des P.** Von Dr. M. Wunsch (Berlin). Autor empfiehlt kugelförmige Pessare und sagt: „Wenn wir nun auch über die Literatur der kugelförmigen Pessare nur sehr wenig wissen, so ist es doch bekannt, dass man in früheren Zeiten als Material für diese Kugeln Leder, Holz, Wachs, auch weichen, respektive harten Kautschuk angewendet hat. In der Tat gelingt es oft, z. B. durch einen einfachen Gummiball (ohne jede Bänder) selbst grössere Vorfälle zurückzuhalten. Dieser Ball, der vor der Einführung mit Vaseline eingefettet wird, muss zwei Bedingungen erfüllen.

1. Derselbe darf nicht zu weich sein, muss also ziemlich prall mit Luft gefüllt sein.

2. Der Ball muss genügend gross sein, um nicht durch die Bauchpresse herausgedrängt zu werden. (Für Prolapse mittleren Grades genügt für gewöhnlich ein Ball von 7—8 cm Durchmesser.)

Fragen wir uns nun, welche Vorzüge der Ball vor dem Ring besitzt, so sehen wir, dass wir bei Anwendung des Balls fast stets bewahrt bleiben vor Drucknekrosen usw., wie wir sie bei der Ringbehandlung des öfteren erleben. Speziell bei der senilen Involution der Scheide ist die Schleimhaut sehr dünn und verträgt nicht den stärkeren, isolierten Druck des ringförmigen Pessars, während hingegen der Druck des Gummiballs sich auf eine grössere Fläche der Scheidenschleimhaut verteilt. Der Zweck des Ringes, die absolute Rechtlagerung des Uterus, wird in vielen Fällen nicht erreicht; ja wir erleben es sogar oft, dass durch den Ring die an und für sich schon schlaffe Scheide noch schlaffer und weiter wird. Obwohl nun der

Ball die Scheide nur um ein ganz geringes belastet und dabei (bei entsprechender Grösse) häufig imstande ist, den Prolaps zurückzuhalten, so ist er trotzdem nicht ohne weiteres als Ersatz für den Ring zu betrachten. In folgenden Fällen ist der Gummiball bei der Behandlung des Vorfalles zu empfehlen:

1. Bei Frauen in der Menopause (falls kein stärkerer Fluor besteht).

2. Versuchsweise in denjenigen Fällen, wo der Ring nicht mehr imstande ist, den Vorfall zurückzuhalten, und wo das Tragen eines Hysterophors als sehr lästig empfunden wird.

Mit anderen Worten: Der Ball ist meines Erachtens kontraindiziert bei Frauen, die noch menstruieren, respektive an Fluor leiden. Speziell aber bei Greisinnen, 'wo es nur auf das veraltete Prinzip ankommt, das, was draussen liegt, drinnen zu erhalten, mag der Uterus liegen, wie er will' (Veits Handbuch Bd. 2) wird der Gummiball (eventuell auch zur Korrektur einer Zystozele mit ihren Folgen) fast stets gute Dienste leisten. Die alte Methode des Kugelpessars, die nur noch wenig geübt wird, ist also zuweilen sehr brauchbar. Um nun den in der Scheide liegenden Ball bequem herausnehmen zu können, habe ich an dem Ball einen kleinen Griff anbringen lassen.“\*)

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 8.)

**Soor.** Bei **S. der Neugeborenen** lässt Rudaux vor dem Ansetzen des Säuglings die Brustwarze mit 10%iger Boraxlösung, nachher mit Liquor Van Swieten abreiben. Die Mundhöhle des Kindes wird öfters am Tage — namentlich vor dem Stillen — gereinigt mit 10%iger Boraxlösung oder:

Rp. Natr. bicarbon.  
Natr. biborac. aa 5,0  
Glyzerin.  
Aq. dest. aa 25,0.

Morgens und abends reibt man zweckmässig die Mundschleimhaut und die Zunge mit einem in Liquor Van Swieten getränkten (aber tüchtig ausgedrückten!) Wattebausch ab. In schweren Fällen muss man ausserdem die

\*) Ein solcher Ball ist zu erhalten in dem Gummiwarengeschäft von Pollei, Berlin C., Rosenthalerstr. 44.

Pilzrasen mit steriler Watte entfernen und täglich einmal die affizierten Teile mit 2%iger Höllensteinlösung bepinseln, wobei man nicht vergessen darf, sofort den Ueberschuss an Silbernitrat durch Kochsalzlösung zu neutralisieren.

(Presse méd. 1909, S. 856.)

### **Syphilis. Ueber das neue Ehrlichsche Mittel** schreibt Prof.

Dr. A. Neisser (Breslau): „Ihrer freundlichen Aufforderung, Ihnen einen Bericht über Ehrlichs neuestes Arsenpräparat, das Dioxydiaminoarsenobenzol, das sogenannte ‚606‘-Präparat und seine Erfolge bei der Syphilisbehandlung zu geben, kann ich in der gewöhnlichen Form eines eingehenden wissenschaftlichen Artikels nicht nachkommen. Die bezüglichen Versuche sind so wenig zahlreich und noch so wenig abgeschlossen, dass man ein Urteil darüber, was das neue Mittel bei der Syphilisbehandlung leisten wird und ob es, worauf es uns schliesslich ankommt, schneller und sicherer als das Quecksilber absolute Heilung herbeizuführen imstande ist, unmöglich abgeben kann. Setzt uns jetzt auch die Serodiagnose in die Lage, schon nach acht bis zehn Monaten mit ziemlicher Sicherheit zu wissen, ob eine volle Heilung erzielt worden ist, und haben wir es Gott sei Dank nicht mehr nötig, einen Fall Jahre und Jahrzehnte zu beobachten, ehe man sich über die Frage: Heilung oder Latenz? aussprechen kann, so ist doch bis jetzt die Zahl der lange genug beobachteten Fälle viel zu klein, um selbst ein vorläufiges Urteil zu gestatten. Aber eins kann man heute schon mit aller Sicherheit sagen: das neue Mittel übt eine eminente, geradezu überraschende Einwirkung aus sowohl auf die Spirochaeten wie auf die Syphilisprodukte selbst. Spirochaeten verschwinden nicht bloss bei Tiersyphilis, sondern auch bei Menschensyphilis in ungemein vielen Fällen schon nach 24 und 48 Stunden aus Primäraffekten und Kondylomen, in denen sie vor Darreichung reichlichst vorhanden waren. Ein weiterer Beweis für die direkte Einwirkung des Präparates auf die Spirochaeten selbst ist in dem schon mehrfach beobachteten Auftreten ganz besonders deutlicher örtlicher (Herxheimerscher) Reaktion um makulöse und papulöse Effloreszenzen herum zu erblicken. Vor der Injektion verhältnismässig blassrote Effloreszenzen zeigen nach 24 Stunden bisweilen ausgeprägte Schwellung und rote Höfe. Ob man diese Einwirkung des Präparates auf die Spirochaeten als Abtötung (mit Freiwerden eventueller Endotoxine) oder als eine Art

Stimulierung, so dass die Spirochaeten gleichsam reichlicher toxische Stoffe absondern, ohne abgetötet zu werden, ansehen muss, ist noch fraglich. Und was die syphilitischen Prozesse selbst betrifft, so kann man in vielen Fällen ein so rapides Zurückgehen von Primäraffekten, papulösen Syphiliden, speziell aber von ulzerösen Prozessen, besonders der malignen S., beobachten, dass über die Spezifität des Mittels kein Zweifel herrschen kann. Einer der auffälligsten Fälle, die wir behandelt haben, war eine etwa ein halbes Jahr nach der Infektion aufgetretene schwere Hirnluës mit Neuritis optica, Stauungspapille und verschiedenen Augenmuskellähmungen und ganz enorm starken Kopfschmerzen. Die Pat. war schon vorher mit kräftigen Quecksilberkuren und Jodkali sachgemäss behandelt worden, ohne dass sich ein Erfolg hatte erzielen lassen. Auch hier brachte eine Injektion von 0,3 — allerdings in Kombination mit Jodkalium — ein ganz auffallend schnelles Schwinden aller subjektiven und objektiven Symptome zustande. Freilich alles, was wir wünschen, nämlich die wirkliche Austilgung der S., wird zurzeit, wie es scheint, nur in wenigen Fällen erreicht. Wir selbst haben nur in etwa 10% unserer Fälle ein Umschlagen der positiven Reaktion in eine negative feststellen können. Auch Rezidive sind beobachtet worden. Aber aus diesen Misserfolgen geht nur hervor, dass die zurzeit angewendeten Dosen noch zu klein sind. Es wird also Sache der kommenden Untersuchungen sein, festzustellen, wie weit man ohne Gefahr einer Intoxikation über die bisher von uns angewendeten Dosen hinausgehen kann. Wir selbst haben 0,4 noch nicht überschritten; Schreiber in Magdeburg aber teilt mir mit, dass er bereits 0,7 intramuskulär verwendet habe. Was die Methodik betrifft, so wählen wir, wenn irgend möglich, die intravenöse Methode. Allerdings entstehen hin und wieder im Anschluss an diese ganz akute, bis 39,5 sich erhebende Temperatursteigerungen, und es erfolgt mehrfaches Erbrechen. Aber nach wenigen Stunden sinkt die Temperatur, und es folgt ein ausgezeichnetes Wohlbefinden. Im Erbrochenen liess sich bisher Arsen nicht nachweisen. Möglicherweise sind diese Temperaturanstiege auf Spirochaetenzerstörung und Freiwerden toxischer Stoffe zu beziehen; in den wenigen Fällen von Nichtsyphilis, die bisher mit 606 behandelt wurden, traten solche Fiebererscheinungen nicht auf. Die intramuskulären Injektionen machen dagegen, da das Präparat stets in ziemlich bedeutenden Quantitäten einer stark alkalischen

Lösung (mindestens 20 ccm) eingespritzt werden muss, in den meisten Fällen erhebliche örtliche Schmerzen und harte Infiltrate; Erscheinungen, die aber auch in 6—8 Tagen spurlos verschwinden. Weitere Nebenerscheinungen haben wir und, soviel ich weiss, auch andere nie beobachtet. Die Injektion erzeugt eine sehr starke Hyperleukozytose (bis 38000), die langsam abklingt. Die von uns beobachteten Fälle, in denen ein Umschlag der positiven Reaktion in die negative erfolgte, betrafen nun alle solche Pat., die sehr zeitig nach der Infektion und dem Auftreten des Primäraffektes in Behandlung kamen. Es scheint sich daher auch bei diesem Präparat die bei anderen Arsenpräparaten gemachte Erfahrung zu bestätigen, dass ihnen eine ganz besonders präventive Kraft zukommt. Einmal haben wir es allerdings erleben müssen, dass bei einem Pat. mit einem sicheren Primäraffekt (Spirochaetennachweis), dem die Injektion bei noch negativer Reaktion gemacht wurde, allmählich die Reaktion positiv wurde. Hier war also sicherlich keine Sterilisierung des Körpers erreicht worden. Möglicherweise war die Dosis von 0,3 für diesen 60 kg schweren Pat. zu klein. Wir haben auch bei Affen die Wirksamkeit des Mittels erprobt. Bereits syphiliskranke Tiere wurden zwölf behandelt, und zwar intramuskulär mit 0,025 pro Kilo, intravenös mit 0,015 pro Kilo. Von diesen zwölf Tieren ist jedoch bis jetzt nur bei drei eine sichere Heilung festgestellt worden. Zwei andere sind möglicherweise geheilt; die übrigen sind vor der Hand als ungeheilt zu betrachten. Aber auch bei diesen Versuchen ist zu berücksichtigen, dass die Dosis möglicherweise zu klein war. Präventivversuche haben wir noch nicht machen können; doch konnten wir beobachten, dass bei zwei Tieren, die elf Tage vor der Impfung mit 0,025 pro kg intramuskulär injiziert worden waren, sehr viel später und in sehr viel geringerer Ausbildung Primäraffekte auftraten als bei gleichzeitig geimpften, unbehandelt gebliebenen Affen. Wie Sie aus vorstehenden Bemerkungen ersehen, bin ich von der Bedeutsamkeit des neuen Mittels nach jeder Richtung hin überzeugt und habe keinen Zweifel, dass wir in verhältnismässig kurzer Frist noch in viel weitgehenderer Weise seinen Wert für die Syphilisbehandlung erkennen werden. Bei ganz frischen Fällen haben wir Aussicht, die S. wirklich im Keime zu ersticken. Bei schweren ulzerösen Fällen werden wir anscheinend viel schneller eine Heilung erzielen als bisher mit Quecksilber plus Jod. In vielen Fällen werden wir langwierige Quecksilberkuren

durch eine einmalige oder wenigstens ganz selten zu wiederholende Injektion des Arsenobenzols ersetzen können. Und dazu gesellen sich alle die Syphilisfälle, die — vielleicht wegen Quecksilberfestigkeit der Spirochaeten — einer Quecksilberbehandlung überhaupt unzugänglich sind, und die Pat., bei denen wegen einer Quecksilberidiosynkrasie eine merkurielle Behandlung überhaupt ungemein erschwert, wenn nicht ganz unmöglich gemacht ist. Aber so weitgehend meine Hoffnungen sind, so glaube ich doch, dass das Grös der Aerzte noch gut tun wird, erst die definitive Lösung der noch schwebenden Unklarheiten mit Bezug auf die Dosierung, auf die Zahl und Wiederholung der Injektionen und dergleichen abzuwarten. Soviel ich weiss, wird das Mittel ja auch noch gar nicht fabrikmässig hergestellt und in den Handel gebracht.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 26.)

- **Über Asurol zur Behandlung der S.** Von Dr. K. F. Hoffmann (Düsseldorf). Das von den Farbenfabriken Bayer & Co. in Elberfeld dargestellte Asurol ist ein Doppelsalz aus amidooxyisobuttersaurem Natron und Quecksilbersalizylat. Der Gehalt des Asurols an metallischem Quecksilber beträgt 40,3 %. In der Hautklinik der Krankenanstalten der Stadt Düsseldorf wurden im Laufe der letzten Zeit nahezu 40 Luetiker mit Asurol behandelt. Im allgemeinen injizierte man jeden zweiten Tag 2 ccm der 5 %igen Lösung und fuhr so bis zum Schwinden der Symptome weiter. Man benutzte entweder die von der Firma gebrauchsfertig gelieferten Ampullen oder liess von dem lose in den Handel gebrachten Asurol eine 5 %ige Lösung herstellen. Vor allem bemerkenswert war die rasche Wirkung des Präparates. So verschwand ein psoriasiformes Exanthem in 9 Tagen fast völlig, Primäraffekte nach zwei Injektionen, makulöse und papulöse Exantheme nach 1—2 Injektionen. Breite Kondylome waren meist schon am 4.—6. Tage geschlossen, abgeflacht und unempfindlich, nach 3—4 Spritzen, spätestens am 8.—9. Tage im Niveau der Haut oder völlig verschwunden. Am längsten brauchten Papeln auf den Tonsillen, meist 9—11 Tage, nie länger. Autor schliesst: „Das Asurol wäre also nahezu das Ideal eines Antisyphilitikums, wenn es nicht, wie freilich die meisten unserer wirksamen Mittel, bei manchen Pat. unliebsame Nebenerscheinungen zeitigte. Es ist dies nicht eigentlich der lokale Schmerz an der Stelle der Injektion. Hierin kommt es gleich nach dem Hydrargyrum jodatum,

das etwas besser vertragen wird, und steht dem Enesol ziemlich nahe. Pat., die beide Präparate bekamen, bezeichneten teils das Asurol, teils das Enesol als das schmerzhaftere, meinten aber, ein wesentlicher Unterschied bestehe nicht. Natürlich spielt auch hier die persönliche Individualität eine Rolle. Einige, allerdings wenige Pat. spürten gar nichts, andere hatten einige Stunden Schmerzen, manche bis zum nächsten Tag. Auch über 2—3 Tage dauernde Schmerzen wurde vereinzelt geklagt, doch waren dies Ausnahmen. Als besonderen Vorzug muss aber dem Asurol nachgerühmt werden, dass es im Gegensatz zu fast sämtlichen anderen Quecksilbersalzen nie Infiltrate verursacht. Vermutlich hängt das rasche Abklingen der Schmerzen teilweise hiermit zusammen. Die Intensität der Schmerzen wechselte sehr. Vom Druckgefühl, vom leicht rheumatischen Schmerz erhoben sie sich manchmal zu einer Höhe, die den Pat. beim Gehen und Liegen recht beschwerlich fiel und sie in der Nachtruhe störte. Vom Gesäss aus zogen die Schmerzen manchmal in das Bein, auch isolierte Schmerzen in den Waden kamen vor. Doch dauerten diese Schmerzen nie länger als 24 Stunden, ein wesentlicher Vorteil gegen die Erscheinungen bei Hydrargyrum salicylicum-Injektionen. In der Tat zogen Pat., die beide Salze bekamen, das Asurol ausnahmslos vor, mochten auch die Schmerzen den ersten Tag heftiger sein. Sehr oft stellten sich wesentliche Schmerzen nur bei der ersten Injektion ein. Nur einmal war ich gezwungen, eine Kur abubrechen, da der Pat. sich weigerte, sich weitere Spritzen geben zu lassen. Betonen muss ich noch, dass die Injektion der von der Fabrik gebrauchsfertig gelieferten Ampullen viel besser vertragen wurde als der in der Apotheke hergestellten Lösung. Worauf dies beruht, kann ich nicht beurteilen. Versuche, den lokalen Schmerz durch Zusatz von Anästheticis zu mildern, schlugen fehl. Unangenehmer als dieser lokale Schmerz an der Injektionsstelle sind die Koliken, die ich in etwa 5% sämtlicher gegebenen Spritzen sah. Gewöhnlich vergingen sie in einigen Stunden ohne Behandlung. Der Durchfall, der mit ihnen verbunden war, war manchmal leicht blutig. Meist stellte sich dieser peinliche Zwischenfall nur bei der ersten Spritze ein, ging anstandslos vorüber und kehrte nicht wieder. Ich gab dann meist vor der zweiten Asurolspritze prophylaktisch Tannalbin. Schlimme Folgen dieser Enteritis sah ich niemals. Zwei grosse Vorzüge des Asurols sind es, dass es das Zahnfleisch nie, die Nieren fast nie



beteiligt. Man sieht freilich oft schon einige Stunden nach der Injektion eine Schwellung des Zahnfleisches — ein Beweis für die rasche Ueberführung in den Körper —, doch geht diese, ebenso rasch wie sie gekommen, auch wieder vorbei. Eine Stomatitis entsteht nie. „Albuminurie und Zylindrurie sind — nach Neisser — selten nie erheblich, stets vorübergehend.“ Ich habe unter meinem Material überhaupt keine gesehen. Interessant ist im Gegenteil, dass eine bestehende (Fall 4) in 4 Tagen unter Asurolbehandlung verschwand. Wir haben also im Asurol ein ganz hervorragendes Mittel zur Behandlung der Syphilis. Seiner raschen Wirkung wegen wäre es namentlich in allen Fällen indiziert, wo ein prompter, sicherer Erfolg wünschenswert scheint. Seine Vorzüge für die Praxis liegen gerade in dieser Hinsicht auf der Hand. Bei Behandlung der malignen Lues scheint es dem Kalomel ebenbürtig. Nachteile hat es, wie unsere sämtlichen Antiluetika. Sie lassen sich teilweise vermeiden. Mehr wie bei den anderen Injektionsmitteln bleibt es bei dem Asurol dem persönlichen Takt und Geschick des Arztes überlassen, dem geeigneten Mittel die passendsten Patienten zuzuführen. Individualisieren bleibt auch hier die höchste ärztliche Kunst.“

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 27.)

— **Ueber Jodtropon.** Von Dr. F. Fischer (aus Dr. Max Josephs Poliklinik in Berlin). Autor hat das Jodtropon längere Zeit hindurch bei 40 Syphilitikern angewandt. Er versuchte es als Ersatz für Jodkalium:

I. Zur Unterstützung der Quecksilberkuren (in 14 Fällen),

a) da die Quecksilbermedikation bei der Schwere der syphilitischen Krankheitsprozesse nicht ausreichend erschien (in 3 Fällen),

b) weil die Symptome zu langsam zurückgingen (in 5 Fällen),

c) bei Bestehen starker Kopf-, Rücken- oder Gelenkschmerzen (in 6 Fällen).

II. Als Zwischenkur, sobald das Quecksilber wegen Stomatitis oder Fieber ausgesetzt werden musste (in 4 Fällen).

III. Als Nachkur (in 13 Fällen).

IV. Bei gummösen Prozessen (in 6 Fällen).

V. Bei syphilitischen Ulcera cruris (in 3 Fällen).

Als Resultat seiner klinischen Beobachtungen konnte Autor folgendes feststellen:

1. Die Einwirkung erfolgte langsamer als beim Jodkalium; sie war aber bei ausschliesslicher Anwendung von Jodtropen gegenüber den gummösen Prozessen und den syphilitischen Unterschenkelgeschwüren unverkennbar. Nur bei einem 60jährigen Kranken, der nach der ersten Einreibungskur über starke Kopfschmerzen klagte, versagte das Jodtropen vollständig. Denselben Misserfolg hatte Autor aber bei demselben Pat. auch nach Verabreichung von Jodkalium.

2. Von allen Kranken wurde das Jodtropen vorzüglich vertragen. Nicht ein einziger klagte über Magenbeschwerden, ja es war der Appetit nicht einmal vermindert, selbst wenn über 200 Tabletten genommen wurden. Als ausschlaggebender Beweis für die gute Bekömmlichkeit des Präparates möge die Tatsache dienen, dass 7 Pat., welche bei Einnahme von Jodkalium stets über Magenbeschwerden klagten, nach Jodtropen nicht die geringste Unbehaglichkeit verspürten.

3. Zeichen von Jodismus (Akne, Schnupfen, Oedem der Augenlider hat Autor nie gesehen. Auffallend war sogar die Beobachtung, dass bei einem Manne mit Jodödem der Augenlider nach Jodkalium dasselbe trotz ständiger Darreichung von Jodtropen in wenigen Tagen zurückging.

Nach diesen Feststellungen kann es keinem Zweifel unterliegen, dass Jodtropen für diejenigen Fälle, in denen eine langsame, aber länger dauernde Wirkung erzielt werden soll, dem Jodkalium vorzuziehen ist, und dass es bei der Behandlung chronischer Prozesse als resorbierendes Mittel Anklang finden muss. Handelt es sich aber darum, schnelle Erfolge zu erzielen, so wird Jodkalium wohl immer noch den ersten Platz einnehmen trotz seiner unangenehmen Nebenerscheinungen. Das Jodtropen erscheint im Handel in Tablettenform. Jede Tablette enthält 0,05 g Jod. Von diesen gab Autor täglich dreimal zwei Tabletten nach den Mahlzeiten. Es lässt sich aber die, wenn auch langsame, doch erfolgreiche Einwirkung trotz des geringen Jodgehaltes aus den Ausscheidungsverhältnissen gut erklären. Die hierbei gefundenen Werte hat Autor in zwei Tabellen wiedergegeben. Aus der Tabelle I geht hervor, dass der erste Jodnachweis im Harn erst in  $1\frac{3}{4}$  Stunden möglich ist. In 6 Stunden beträgt die Jodausscheidung 20 % (beim Gesunden) gegen 60 % bei Gaben von Jodkalium. Nach 12 Stunden war bei Jodtropen  $33\frac{1}{3}$  % der aufgenommenen Jodmenge nachweisbar, bei Jodkalium dagegen 80 %. Daraus ergibt sich eine enorm langsame Elimination des

Jods bei Einnahme von Jodtropon gegenüber Jodkalium. Entsprechend langsam wird also die Jodabspaltung bei Jodtropon sein. Es wird wegen seiner Synthese mit Eiweiss leicht vom Darne aus resorbiert, wie Bickel nachgewiesen hat, spaltet sich aber sehr langsam. Besonders wichtig sind die Untersuchungen bezüglich der Ausnutzung: erst nach 48 Stunden ist das letzte Jod nachweisbar, aber auch dann sind nur 50 % ausgeschieden, der Rest bleibt im Körper. Bei dem Kranken in Tabelle II finden wir als Höchstausscheidung täglich 10 % der Aufnahme, während bei zwei weiteren Kranken selbst nach 24 Stunden noch kein Jod nachweisbar war. Aus der langsamen Abspaltung und sehr starken Ausnutzung schliesst Autor, dass trotz der verhältnismässig geringen Dosis Jod ungefähr dieselben Jodwirkungen erzielt werden müssen, wie bei den unverhältnismässig grossen Dosen von Jodkali, von dem ja 80 % ausgeschieden werden. Noch mehr erhellt dies aus folgender Berechnung:

|                       |       |                    |       |
|-----------------------|-------|--------------------|-------|
| tägliche Jodkalidosis | 2 g,  | enthält Jod 77 % = | 1,5 g |
| „ Jodtropondosis      | 0,3 g | „ „                | 0,3 g |

An Jod wird ausgeschieden bei Jodkali 80 %, bei Jodtropon 10 %, demnach bleiben im Körper täglich bei Jodkali 0,3 g Jod, bei Jodtropon 0,27 g Jod. Mithin ist der Unterschied nicht sehr gross, und die ungefähr gleiche Wirkung leicht erklärlich.

(Dermatolog. Zentralblatt, Juni 1910.)

### **Tabes. Ein neues Symptom bei T.** Von Dr. H. Haenel

(Dresden): Seit einiger Zeit untersucht Autor bei Tabikern regelmässig auch die Augäpfel, und zwar auf die Weise, dass er mit einem oder zwei Fingern von oben her den Bulbus gegen den Boden der Orbita drückt. Beim Gesunden gebietet schon bei einem geringen Drucke, den man am besten an sich selbst ausprobieren kann, und der etwa 80—100 g beträgt, der auftretende Schmerz ein Halt. Dieser Schmerz hat etwas Spezifisches, eine andere Qualität als der bei schmerzhaften Hautreizen, er ist seinem Charakter nach am ehesten dem Hodenschmerze zu vergleichen. In der Richtung von vorn nach hinten kann ein wesentlich stärkerer Druck ausgeübt werden, ehe Schmerz auftritt, weil der Bulbus ziemlich weit in die Orbita zurückweichen kann. Beim Tabiker fand Autor häufig, d. h. etwa in der Hälfte der Fälle, seit er darauf achtet, dass man diesen Druck erheblich steigern

kann, ohne dass der Kranke Schmerz äussert oder mit dem Kopfe ausweicht. Er gibt überhaupt kein Signal für das Aufhören des Druckes, so dass man den Versuch bis zu einer für die Konsistenz des Bulbus fast bedrohlichen Stärke steigern kann. Schon darin gibt sich die pathologische Hypästhesie zu erkennen; noch deutlicher ist dieselbe, wenn sie, wie Autor das wiederholt fand, nur auf einem Auge vorhanden ist bei normaler Druckempfindlichkeit des anderen. Ist das „Bulbussymptom“ bezeichnend für T.? Findet man es, so müssen natürlich zuerst Erkrankungen des Augapfels selbst ausgeschlossen werden; da hier wohl nur Phthisis bulbi in Betracht kommt, so dürfte dies keine Schwierigkeiten machen. Bei anderen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems hat Autor es bisher nicht nachweisen können. Bei Syringomyelie, bei der ja kaum ein Nervengebiet, besonders im sensiblen System, verschont wird, hat es Schlesinger geprüft, und bezeichnet das Erlöschen des Druckschmerzes des Augapfels als sehr selten, zugleich macht auch er darauf aufmerksam, dass der Druckschmerz auf der Seite schwerster Schädigung des Trigemini erhalten geblieben war. Am ehesten würde es natürlich bei reinen Sympathicusaffektionen zu erwarten sein, die ja aber einmal nicht sehr häufig sind und dann auch ihre periphere Entstehung (Verletzungen, Kompressionen, Lymphdrüsentumoren am Halse, Strumen) meist leicht erkennen lassen, also zu Verwechslungen mit T. selten Anlass bieten werden. Dass unter den hysterischen Anästhesien sich auch eine solche des Bulbus einmal finden kann, wird um so weniger ausgeschlossen werden können, als wir ja mit gutem Grunde annehmen, dass dieselben oft unter der untersuchenden Hand des Arztes und durch dieselbe entstehen. Zur Differentialdiagnose der Hysterie gegenüber wird das Symptom also nicht ohne weiteres zu verwerten sein. Nach seinen bisherigen Erfahrungen glaubt Autor, die Bedeutung des Bulbussymptoms dahin formulieren zu können:

1. Druckanästhesie des Augapfels bei Tabikern weist auf eine Beteiligung des Sympathicus an dem degenerativen Prozesse hin.

2. Bei unklaren, auf beginnende T. verdächtigen Fällen ist der Befund der Druckanästhesie der Augäpfel geeignet, die Diagnose auf T. wesentlich zu unterstützen.

(Neurolog. Zentralblatt 1910 Nr. 9.)

**Tuberkulose.** Intramuskuläre Menthol-Eucalyptolinjektionen bei Bronchitis, Lungengangrän und T. empfiehlt von neuem M. Berliner (Breslau). Er verwendet folgende Kombination von Menthol und Eucalyptol, und zwar anfangs etwas schwächer:

Rp. Menthol. 10,0  
Eucalyptol 20,0  
Ol. Dericin. 100,0

und geht später auf die doppelt so starke Lösung über, spritzt anfangs drei- bis viermal in der Woche 2 ccm von der schwächeren und später zweimal die konzentriertere ein. Verwendet man ein gutes Eucalyptol (Schimmel & Co. in Leipzig) und sieht darauf, dass die Ingredienzien der Lösung gründlich vermischt werden, dann sind die Injektionen schmerzlos und auch nicht von sonstigen unangenehmen Folgen begleitet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1910 Nr. 21.)

— **Die Behandlung der T. mittels natürlichen menschlichen Serums.** Von Dr. H. Lichtenstein (Frankfurt a. O.). Autor macht gern — z. B. bei Rheumatismus — Venasektionen und gewinnt dadurch menschliches Serum, mit dem er beginnende T. behandelt hat. Er injizierte in der Oberbauchgegend unterhalb des Rippenbogens (bei Frauen etwas tiefer) ein- oder mehrere Male, je nach dem Falle, 2—3 ccm Serum [und will davon sehr gute Erfolge gesehen haben.

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 24.)

— **Die Rolle der isolierten Muskelatrophie als diagnostisches Symptom zur Lokalisation von tuberkulösen Knochenherden.** Darüber schreibt Prof. Dr. Niehans (Bern): „Während reichlich eines Jahrzehntes haben wir es uns angelegen sein lassen, das Verhältnis der Atrophie der Muskulatur beim Vorhandensein tuberkulöser Knochenherde klarzulegen und zu ergründen, ob eine gewisse Gesetzmässigkeit in dieser Erscheinung zu finden ist, die auch in diagnostischer Hinsicht wertvoll wäre. Die Beobachtungen sprechen in der Tat für eine solche Deutung: Einem Knochenherd entspricht die deutliche Atrophie eines einzelnen Muskels oder einer Muskelgruppe, die im betreffenden Knochensegment inseriert oder ihren Ursprung nimmt. — Einige Beispiele mögen zur Erläuterung dienen: Pat. von 15 Jahren mit T. der Schädelknochen zeigt gleichzeitig auch eine deutliche Atrophie des Biceps fe-

33\*

moris, hauptsächlich des kurzen Kopfes mit Sehnen-scheidenverdickung an der Insertion des Fibulaköpfchens (tuberkulöser Herd im letzteren gefunden). Dass es sich in solchen Fällen nicht allein um Inaktivitätsatrophie handelt, wie vielfach gelehrt und geglaubt wird, geht daraus hervor, dass jener Patient die Treppe heraufsprang, zwei Stufen zugleich überspringend. Da wir in solchen Fällen nie eine Veränderung der gesunden dunkelbraunen Muskelfleischfärbung wahrnehmen konnten, so liegt es nahe, vielleicht eine toxische Einwirkung als Ursache der eigentümlichen Atrophie anzunehmen. Sehr deutlich tritt dies zutage bei Calcaneustuberkulose, wo der Triceps surae in seinem Verlauf im Muskelbauch sich deutlich atrophisch zeigt im Vergleich zur gesunden Extremität. In der Bauchlage ist bei Vergleichung der beiden Seiten die Differenz sehr deutlich bemerkbar in der Form und Konsistenz der Wadenmuskulaturgruppe und ihres Ueberganges in die Achillessehne, sowie die Füllung der den Fersenknochen bedeckenden Weichteilschicht. Besteht nicht eine diffuse tuberkulöse Erkrankung des Calcaneus jüngeren Datums, sondern ist schon eine länger dauernde dichtere Herdausgestaltung vorhanden, so ist die Herdstelle meist schon nach dem klinischen Befunde vorauszusagen und auch im Röntgenbilde unschwer nachweisbar. Diese Orientierung ist von grosser Wichtigkeit bezüglich der Wahl des örtlichen Eingriffes, da vor der Röntgenkontrolle nicht selten der Talus exzidiert wurde in der Meinung, derselbe beherberge den tuberkulösen Knochenherd, währenddem er nur der Sitz einer diffusen Erweichung war, aber keine spezielle Herderkrankung darbot, welche vielmehr im Calcaneuskörper oder in einem der Fortsätze desselben enthalten war. Ein weiteres sehr prägnantes klinisches Beispiel ist die auffallende Atrophie des Musc. triceps brachii bei diffuser tuberkulöser Erweichung des Corpus ulnae, welche, meist subkortikal gelegen, im Röntgenbild nicht auffällig vortretend, doch langsam auf das anstossende Ellbogengelenk vorrückt, wo man nicht selten nach breiter Oeffnung der Corticalis, zumal bei jungen Individuen, eine totale Rückbildung der diffusen sekundären Gelenkerkrankungen erleben wird, wo früher infolge unrichtiger lokaler Deutung der Erscheinungen eine Ellbogenresektion gemacht wurde. Am Humeruskopf ist die Erkennung eines tuberkulösen Herdes, zumal wenn er im Röntgenbild noch nicht als dichte käsige Infiltration erscheint, auf dem Wege des Atrophiebildes

ebenfalls frühzeitig zu deuten (Insertion des M. supraspinatus, teres major), und kann so unter dem Schutz der Asepsis der Herd subkortikal aufgesucht und gründlich entfernt werden, während die sekundär erweichten benachbarten Partien des Humeruskopfes bei aseptischem Verlauf sich allmählich wieder erholen und das Gelenk wieder funktionsfähig wird bzw. bleibt. In derselben Weise ist die Deutung des Vastusmuskels am Femur zu verwenden für die Diagnose eines Herdes im Tibiakopfe (medial, lateral) und ebenfalls zur Diagnose von Patellarherden (die im Röntgenbild nicht immer leicht zur Ansicht gelangen), sobald die Atrophie gleichmässig auf den gesamten Quadriceps und speziell auf den Rectus femoris hinweist. Diese Patellarherde sind nicht selten erst zu entdecken beim Ansägen der Patella in Scheiben in querer Richtung nach breiter Eröffnung des Kniegelenks und Auseinanderfaltung dieser Knochenscheiben, die nach Exzision des Herdes wieder zusammengefaltet werden können und zur Heilung gelangen. Ebenso wird bei Atrophie der entsprechenden Vorderarmmuskeln auf die Diagnose der Karpal- bzw. Metakarpalknöchelchenherde hingewiesen, wie im Karpusgebiet, wo mit Röntgenbild nicht immer klare Bilder zu haben sind. Der Zweck dieser Mitteilung ist es, die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf die einem tuberkulösen Knochenherd zugehörige isolierte Atrophie eines einzelnen Muskels oder einer Muskelgruppe zu lenken, als ein Hilfsmittel bei der nicht immer leichten Diagnose der Lokalisation tuberkulöser Knochenherde.“

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 25.)

— **Zur Bewertung der Guajacose.** Von Prof. Dr. Brühl (Berlin).

„Sie enthält nach den Angaben in der Literatur das Guajacol an Kalzium gebunden, und es wird hierdurch ein Derivat des Guajacols geschaffen, das schon bei der Verdauung durch die Magensalzsäure eine Spaltung in die Komponenten erfahren soll. Dazu tritt noch die die Sekretion der Magenschleimhäute anregende Wirkung der Fleischalbumosen. Rechnet man dazu noch die, allerdings für die Ernährung nicht gerade wesentliche Beikost der Albumose, die uns die Somatose bietet, so liegt in der Guajacose ein Präparat vor, das als Unterstützungsmittel bei der Behandlung jener Erkrankung am Platze sein dürfte. Wenn ich auf die Guajacose aufmerksam mache, so geschieht dies aus dem Grunde, weil sie sich mir in einigen Fällen von Tuberkulose des Kehlkopfes und der

Lungen als Unterstützungsmittel der Therapie brauchbar erwies. Sie wurde, was hervorgehoben werden möge, von den Pat. gern genommen und auch gut vertragen; sie wirkte günstig auf das Allgemeinbefinden ein. In einem in dauernder Beobachtung gebliebenen Fall von beginnender Lungentuberkulose trat unter der Behandlung mit Guajacose ein Stillstand des Prozesses ein. Aus den vorher genannten Gründen dürfte daher dieses Präparat auch die Beachtung der Praktiker verdienen.“

(Therap. Monatshefte Juni 1910.)

### **Tumoren. Zur Behandlung der papillomatösen Wucherungen**

**an den weiblichen Genitalorganen.** Von Dr. Hermann Abramssohn (Berlin): „Der Fall betrifft eine 73jährige Dame, die seit Jahren an einem leichten Diabetes leidet. Seit zirka zwei Jahren zeigten sich bei der Pat. an den Genitalien papillomatöse Wucherungen, die in grosser Zahl — zirka 20 — die Innenfläche der grossen Labien, die Umgebung der Urethra besäeten und bis in den Anfangsteil der Scheide hineinragten. Die Wucherungen sind teils blumenkohlartig, von der Grösse eines halben Pfennigs, breitgestielt, teils hahnenkammartig ausgezogen. Dabei unerträgliches Jucken und Stechen an der Vulva, besonders des Nachts, das zu beständigem Kratzen reizt. Pat. kommt infolgedessen psychisch und auch körperlich immer mehr herunter. Therapeutisch wurde neben entsprechender Diabetesdiät folgendes versucht: Abreibungen der Vulva mit Karbolsäure, Salben mit Menthol, Kokain, Orthoform, Euguform, Summitates Sabinae und Alaun, Abbinden der Papillome und Auskratzen derselben mit dem scharfen Löffel mit nachfolgender Aetzung des Geschwürsgrundes mit reiner Trichloressigsäure und Eisenchlorid, Vereisung mit Aethylchlorid. Alle diese Massnahmen hatten nur einen temporären Erfolg. Die Papillome wuchsen immer wieder. Da kam mir bei der allgemeinen zentralen Galvanisation der Pat. die Idee, den galvanischen Strom durch die Papillome gehen zu lassen. Und zwar wurde die grosse rechteckige negative Elektrode auf das Epigastrium, eine kleinere runde positive Elektrode an die Vulva auf die Papillome gelegt. Stromstärke 1—1,5 M.A. Dauer zirka 2—3 Minuten. Nach zweimaliger Galvanisation waren sämtliche Papillome verschwunden, und zwar schrumpften sie allmählich zusammen. Das Brennen, Jucken und Stechen an den Genitalien nahm jedoch zu. Die Schleim-



haut der Vulva war feuerrot. Nach zirka acht Tagen galvanisierte ich dann nochmals die Stelle, diesmal aber mit umgekehrten Elektroden, das heisst, die negative Elektrode unten, die positive Elektrode auf dem Epigastrium. Jetzt liess auch merkwürdigerweise das Jucken und Stechen mit einem Schlage nach. Seitdem sind fünf Monate verflossen. Pat. fühlt sich wie neugeboren. Die Papillome sind nicht wiedergekehrt. Der lästige Juckreiz hat vollständig aufgehört. Dabei besteht noch derselbe Diabetes. Eine Erklärung für die Wirkung des galvanischen Stromes in diesem Falle vermag ich nicht zu geben. Da ich leider bisher nicht Gelegenheit hatte, diese einfache Therapie bei ähnlichen Fällen anzuwenden, wäre eine Nachprüfung von anderer Seite erwünscht.“ (Medizin. Klinik 1910 Nr. 24.)

### **Vitia cordis. Genussmittel als Heilmittel bei Herzkranken.**

Von Priv.-Doz. Dr. M. Herz (Wien). Aus dieser Arbeit seien folgende Abschnitte wiedergegeben: „Von den verbreiteten Genussmitteln möchte ich am Krankenbette vor allem den Alkohol nicht missen. Seine Verwendung als Analeptikum wird mit Unrecht bei Herzkranken vernachlässigt. Freilich ist hier eine genaue Individualisierung sehr am Platze. Es hat gewiss keinen Sinn, kritiklos ein Gläschen schweren Weines oder bei dem schliesslichen Versagen der Kräfte den in ultimis so beliebten Champagner zu verordnen. Es muss in jedem Falle festgestellt werden, ob und in welchem Umfange der Kranke an den Alkoholgenuss gewöhnt ist und ob es sich nicht um eine jener Personen handelt, welche schon auf minimale Mengen sehr heftig besonders mit Kongestionen und Herzklopfen reagieren. Gewöhnlich erweist sich die Verordnung eines leichten Tischweines bei darniederliegenden Kranken als zweckmässig. Bei jugendlichen, besonders weiblichen Individuen, empfiehlt es sich, die milden, süssen Sorten zu wählen oder dort, wo ein Widerwillen zu überwinden ist, reichlich Zucker zuzusetzen und das Getränk mit kohlenensäurehaltigem Wasser zu verdünnen. Der Alkohol erweist sich nicht nur als momentanes Reizmittel, sondern unter Beachtung der vorhin angeführten Momente auch dauernd als Roborans nützlich. Bei dieser Verwendungsform lässt sich der Alkohol sehr gut als Vehikel für leicht verdauliche Nahrungsmittel verwenden. Allgemein bekannt ist die Stokessche Mischung:

Rp. Cognac 50,0—100,0  
 vitell. ovi unius.  
 Aq. cinammoni. 150,0.  
 MD.: 2stündl. 1 Esslöffel.

Fast immer wird von schwer zu ernährenden Herzkranken widerstandslos und durch längere Zeit ein gut gesüsstes Weinchaudeau genommen. Mehr als ein Geschmackskorrigens stellt der Kognak dar, wenn es sich darum handelt, bei älteren, an Alkoholgenuss gewöhnten Pat., welche durch die ständige, arteriosklerotische, die Nachtruhe störende Dyspnoe gequält werden, den Organismus durch eine reine Milchdiät zu entgiften. Durch den Zusatz von mässigen Kognakmengen pflegt dann die gehasste Milch geniessbar zu werden. Wie erwähnt, spielt hier der Alkohol noch eine andere wichtige Rolle, und zwar diejenige eines gefässerweiternden Mittels. Die Erfahrung hat mich nämlich gelehrt, dass er bei allen Formen der Arteriosklerose, und zwar auch bei der Angina pectoris, beziehungsweise den bei jeder Gelegenheit störend auftretenden stenokardischen Beschwerden neben dem Theobromin und den sich rasch erschöpfenden Nitriten als ein vollwertiges Gefässmittel in Anspruch genommen werden darf. Sehr häufig kann uns der Alkohol ausserordentlich wertvolle Dienste leisten, wenn es sich um die Bekämpfung eines Symptoms handelt, das nur zu wenig gewürdigt zu werden pflegt, obwohl es, wie mir scheint, den grössten Einfluss auf die Entwicklung eines chronischen Herzleidens auszuüben vermag, nämlich die dauernde peinliche psychische Verstimmung. Passt man sich hier den Gewohnheiten und Neigungen des Kranken an, dann gelingt es nicht selten, durch eine anscheinend geringfügige Konzession die Gemütslage des Kranken bedeutend zu verbessern, sei es, dass man ihm die Ueberzeugung, auf jeden Lebensgenuss verzichten zu müssen, benimmt, sei es, dass unser Mittel direkt durch Erweiterung der Gefässe des Zentralnervensystems ein Lustgefühl erzeugt. Schliesslich wage ich es zu gestehen, dass mir der Alkohol als Schlafmittel auch bei Herzkranken näher steht als manches der gebräuchlichen Präparate. Es ist jedoch nicht gleichgültig, in welcher Form er dargereicht wird. Zumeist wird das Bier, besonders, einem alten Vorurteil entsprechend, das durch stärker geröstetes Malz dunkler gefärbte Bier, dem Weine vorgezogen. Das gleiche gilt von Rum gegenüber dem Kognak. Man reicht ihn zweckmässig in einem

schwachen Teeaufguss oder mit Milch oder in einer Limonade verdünnt. Ein ganz ähnliches Anwendungsgebiet findet der schwarze Kaffee, weniger der Tee. Er bewährt sich gleich dem Kampfer als ein ausgezeichnetes Herztonikum und Analeptikum und mehr noch als dieser besonders in Kombination mit der Digitalis als Diuretikum. Bemerkenswert ist, dass er bei dem Vorhandensein einer ausgesprochenen Herzmuskelinsuffizienz viel seltener das Gefühl des Herzklopfens erzeugt als bei gesunden oder gar nervösen Herzen. Darum erscheint er bei den Herzneurosen kontraindiziert, auch wenn der Puls, wie dies bei den oft bedrohlich erscheinenden Exazerbationen desselben vorzukommen pflegt, sehr klein wird. Im Gegensatze zu Digitalis, welche wahrscheinlich durch Vagusreiz den Puls verlangsamt, erhöht der Kaffee die Pulszahl. Wir verwenden ihn daher mit Vorliebe in jenen Fällen von darniederliegender Herztätigkeit, in denen die Herzaktion verlangsamt oder normal ist, vermeiden ihn hingegen bei dem Vorhandensein einer stärkeren Tachykardie oder Tachyarythmie. Soll er zugleich rasch belebend wirken, dann bewährt sich eine Kombination mit Alkohol, besonders mit Kognak. Auf die Erscheinungen der Koronarsklerose scheint der Kaffee ähnlich zu wirken wie das Diuretin. Er hat aber mit diesem den Uebelstand gemein, dass er das Entstehen von Extrasystolen fördert. Da diese, wie ich nachgewiesen habe, bei den zerebralen Arteriosklerose zu kurz dauernden Bewusstseinsunterbrechungen führen, ist er in solchen Fällen nicht verwendbar. Nicht gegeben darf er ferner in den Abendstunden werden, weil er, wie allgemein bekannt, das ohnehin meist verminderte Schlafbedürfnis beeinträchtigt. Erwünscht ist uns diese Wirkung nur bei jenen Formen der Herzmuskeldegeneration, wo der Kranke fast kontinuierlich vor sich hindämmert, um nur zeitweise durch die sich steigende Atemnot aufzuschrecken. Am seltensten bietet sich die Gelegenheit, den Tabak als Heilmittel zu verwenden. Diese Situation ergibt sich dann, wenn einem Raucher aus irgendeinem Grunde dieses Genussmittel entzogen worden ist. Das Verhalten der einzelnen Individuen ist in einem solchen Falle verschieden. Während sich bei dem einen eine gesteigerte Esslust geltend macht, welche nicht selten zu einer sehr erwünschten Gewichtszunahme führt, klagen andere über verschiedenartige Beschwerden von seiten des Magens und Darms, besonders Stuhlverstopfung, welche, wie wir wissen, ein vorhandenes Herzleiden sehr ungünstig zu beeinflussen pflegen. Unter solchen

Umständen stehe ich nicht an, ein mässiges Quantum von Tabak zu gestatten, ohne jedoch durch die übliche Empfehlung leichter als der früher gewohnten Sorten den Genuss zu beeinträchtigen. Empfehlenswert ist es, die Zigarre oder Zigarette den Mahlzeiten unmittelbar folgen zu lassen. In letzter Zeit habe ich viele Erfahrungen über den Gebrauch der sogenannten entnikotinierten Tabaksorten gesammelt. Ein neueres Verfahren macht es möglich, sowohl dem rohen Tabak als auch den bereits geformten Zigarren und Zigaretten ohne merkliche Veränderung des Geschmacks 50—75% des Nikotins zu entziehen. Auf diese Art kann man dem herzkranken Raucher sein geliebtes Genussmittel stark entgiftet, jedoch unter Belassung jener Eigenart verordnen, auf die er ein so grosses Gewicht zu legen pflegt. Es braucht nicht weitläufig auseinandergesetzt zu werden, von welcher Bedeutung gerade dieser Umstand für die Gemütslage der Kranken ist. Die Entnikotinisierung ist uns bei abstinenten Rauchern noch aus einem anderen Grunde wertvoll. Es kommt nämlich nicht selten vor, dass sich bei Kranken, welche früher an grosse Mengen gewöhnt waren, nach einer längeren Enthaltung ein Zustand einer hochgradigen Intoleranz einstellt. Schon eine halbe Zigarette pflegt dann Herzklopfen, Schwindel, Uebelkeit zu erzeugen, was der Kranke, manchmal wohl auch der Arzt, mit Unrecht auf eine Verschlimmerung des Grundleidens bezieht. Es ist daher durchaus verständlich, dass wir unter solchen Verhältnissen schon durch eine kleine Menge noch dazu entnikotinierten Tabaks die gewünschten Wirkungen erzielen können, ebenso wie wir auch Morphinisten in den Zeiten der Abstinenz durch einen oft winzigen Bruchteil der gewohnten Giftmenge vor dem Zusammenbruche bewahren können. Die hier angeführten Beispiele erschöpfen unser Thema sicherlich nicht, doch dürften sie genügen, um zu zeigen, dass Genussmittel in grossem Umfange die Rolle von Heilmitteln übernehmen können. Speziell bei Herzkranken halte ich es stets für einen Vorteil, wenn ich die letzteren durch die ersteren zu ersetzen vermag. Wir entgehen dadurch der oft so lästigen Häufung von Medikamenten, führen dem Organismus Stoffe zu, für deren Aufnahme von vornherein eine instinktive Neigung besteht, deren Wirkungen uns genauer bekannt sind als diejenigen irgendeines Medikamentes, deren Gebrauch erfahrungsgemäss durch Jahrzehnte ohne Schaden fortgesetzt werden kann und die schliesslich für den Kranken noch

viel mehr als für den Gesunden dadurch von unschätzbarem Werte sind, dass sie ihm in das Grau des Alltagslebens einen, wenn auch noch so blassen, Strahl jener Sonne werfen, auf die all unser Sehnen gerichtet ist, des Glückes.“

(Medizin. Klinik 1910 Nr. 22.)

## Vermischtes.

- **Ein Speculum mit Fangsieb für Kurettagen** hat Dr. Weissbart (München) konstruiert. Der Apparat gestattet, ohne jede Assistenz zu kuretieren und das gesamte hierbei gewonnene Material aufzufangen. Das — etwas abgeänderte, um ein Herausgleiten aus der Scheide zu verhindern — Collin-Landausche Speculum hat an der unteren Rinne eine trichterförmige Abflussvorrichtung. An diesem Ansatz ist mittels Bajonnettverschlusses das Fangsieb angebracht, ein engmaschiges Netz, Tee-Ei ähnlich, in der Mitte behufs Entleerung auseinanderzunehmen. Jedes Bröckelchen wird hier aufgefangen, bei den nachfolgenden Ausspülungen gleichfalls, während die Flüssigkeit das Instrument einfach passiert. Hersteller: Bott & Walla in München.

(Münch. med. Wochenschrift 1909 Nr. 52.)

- **Zur Beurteilung des Arsazetins und seiner Einwirkung auf den Sehnerven.** Von Dr. F. Hammes (Trier). Autor hat zwei Fälle von schwerer Optikusschädigung bei Arsazetinanwendung beobachtet und schliesst seine Mitteilung mit folgenden Worten: „Nach alledem möchte ich glauben: Wir sind mit dem Arsazetin einen Schritt auf einer interessanten und sehr viel Erfolg versprechenden Bahn weiter, aber für die allgemeine Verwendung ist diese Bahn noch nicht gangbar. Was jedenfalls die Anwendung dieser neuen Arsenpräparate in der intern-medizinischen Therapie anlangt, so sind sie vorläufig noch nicht geeignet, die frühere Form der Arsenbehandlung zu verdrängen und unsere frühere Therapie zu beeinflussen. Der in kleinen Beobachtungsreihen gelegentlich erreicht scheinende Nutzen wird reichlich wettgemacht durch Schädigungen, die unter Umständen alles andere denn Freude über einen vielleicht unerwarteterweise erzielten Erfolg aufkommen lassen. Besonders den in der Praxis stehenden Kollegen, für die

ausser den allgemeinen ethischen Gesichtspunkten unserer Wissenschaft noch ganz andere Werte schwerwiegend in Betracht kommen, scheint vorläufig eine weitgehende Zurückhaltung gegenüber der Anwendung der Mittel dieser Gruppe entschieden rätlich.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 6.)

- **Catgut oder unresorbierbares Fadenmaterial?** Von Dr. M. Madlener (Distriktsspital in Kempten). Autor verzichtet seit mehreren Jahren gänzlich auf das Catgut und wendet unresorbierbares Material an, und zwar mit bestem Erfolge. Man muss dabei allerdings gewisse Forderungen erfüllen: Das Fadenmaterial muss nicht allein aseptisch, es muss auch antiseptisch imprägniert sein. Und das Kaliber des Fadens muss klein sein, es darf eine gewisse Grenze nicht überschreiten. Bei der Turnerseide z. B. liegt diese Grenze zwischen Nr. 3 und 4, bei Vommelseide zwischen Nr. 2 und Nr. 3. Ein sehr zugfestes Material, das den Vorzug vor Seide verdient, ist der Ramiezwirn, den Autor auch zu allen Nähten und Ligaturen benutzt. Er bezieht ihn von Stiefenhofer, München, und zwar Nr. 0 für Darmnähte und seröse Nähte, Nr. 1 für fast alle Ligaturen und zu Nähten, die keine grössere Belastung aushalten müssen, Nr. 2 für Nähte, die stärker beansprucht werden und für sehr grosse Gefässe; die Fäden werden aus Sublimatlösung entnommen. Sie sind nicht nur bei aseptischen Eingriffen brauchbar, sondern auch bei eitrigen Fällen am Platze.

(Zentralblatt f. Chirurgie 1910 Nr. 1.)

- **Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Pantopon.** Von Dr. Fr. Heimann (Univers.-Frauenklinik Breslau). Nach Sahli ist Pantopon ein die Gesamtalkaloide des Opiums in leicht löslicher und auch zu subkutaner Injektion geeigneter Form enthaltendes Präparat. Das Präparat — es wird von der Firma Hoffmann-La Roche & Co. hergestellt — hat Autor namentlich bei postoperativen Zuständen geprüft. „Die Injektion selbst ist völlig schmerz- und reizlos. Die Wirkung tritt nach ungefähr 10 Minuten auf und ist sehr prompt. Hat man es aufgeregten Pat. gegeben, so sieht man dieselben viel ruhiger werden, sie klagen nicht mehr und kommen, wie sie mir selbst häufig angegeben haben, in einen wohligen, angenehmen Zustand hinein. Erbrechen oder selbst nur Uebelkeit habe ich nie auftreten sehen. Der Puls wie überhaupt die Herz-tätigkeit, wie auch die Atmung blieben stets unbeeinflusst.“

Hauptsächlich aber, was das Präparat uns so erwünscht erscheinen lässt, ist der Umstand, dass wir nie eine Verzögerung des Abgangs von Winden beobachten konnten. Selbst bei den schwersten und eingreifendsten Operationen, bei denen am Abend nach der Operation Pantopon gegeben wurde, konnten wir finden, dass am nächsten Tage Flatus abgingen, so dass also gewissermassen die schmerzhafteste Periode nach der Operation durch die wohltuende Pantoponwirkung den Pat. nicht deutlich zum Bewusstsein kommt. Schliesslich habe ich auch bei Pantopon nie beobachten können, dass die Pat. aus ihrem Schlaf mit etwas eingenommenem Kopfe, sich matt und abgeschlagen fühlend, was man ja bei Morphinum sehr häufig findet, erwacht sind, nein, im Gegenteil war das subjektive Befinden der Frauen immer ein recht gutes. Doch auch bei anderen gynäkologischen und nicht gynäkologischen Affektionen konnte ich die gute und prompte Wirkung des Pantopon feststellen, die es mindestens dem Morphinum und Opium an die Seite stellen. Bei imminenden Aborten wurde es innerlich statt Opium gereicht, die Erfolge waren die gleichen, und das Präparat wurde von den Frauen eigentlich lieber als Opium genommen. Als schmerzstillendes Mittel hat es sich auch im übrigen ausgezeichnet bewährt. Ich hatte zufällig Gelegenheit, es bei einem sehr heftigen Cholelithiasisanfall, den eine operierte Pat. kurz vor ihrer Entlassung bekam, anzuwenden und konnte konstatieren, dass es eine prompte Kupierung des Schmerzes zur Folge hatte. Schliesslich konnte ich es noch bei essentieller Schlaflosigkeit, die ohne Schmerzen einherging, anwenden, und es ist hier unseren Schlafmitteln, wie Sulfonal, Trional etc. gleichzusetzen; ja auch hierbei konnte ich beobachten, dass Nachwirkungen, wie Eingenommensein des Kopfes etc. nicht bestanden, wie wir sie doch häufig bei unseren gebräuchlichen Schlafmitteln finden. Nach alledem kann ich zusammenfassend bemerken, dass das Präparat uns ausgezeichnete Dienste geleistet hat, und dass wir Nachteile überhaupt nicht konstatieren konnten. Ich kann das Präparat zur Anwendung nur empfehlen. Noch ein Wort zu unserer Anwendungsweise, die eine äusserst bequeme und angenehme ist. Bei postoperativen Zuständen, bei denen es ja, wie erwähnt, subkutan angewendet wird, haben wir eine Pravazsche Spritze einer 2%igen Lösung injiziert; die Firma Hoffmann-La Roche stellt für diese Zwecke zugeschmolzene Ampullen à 1,1 mm Füllung zur Verfügung. In den

allermeisten Fällen sind wir mit einer Spritze ausgekommen. Im übrigen wurde innerlich die Tropfenform — 15 bis 20 Tropfen einer 2%igen Lösung — oder die Tablettenform — die Tablette zu 0,01 g — angewendet.“

(Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 7.)

— **Eine Kanüle zum Aufsaugen von Injektionsflüssigkeiten.**

Von Dr. J. F. Wallerstein (Köln): „Zu Einspritzungen unter die Haut, in die Muskulatur oder in die Venen gebraucht man jetzt gern und mit Vorteil die von den Fabriken in Ampullen gelieferten, sterilen Lösungen. Zur Entnahme der Flüssigkeit aus der Ampulle und zur Durchbohrung der Haut dient wohl immer dieselbe gerade, spitze Kanüle. Es lässt sich nun kaum vermeiden, dass die Nadel mit der Wand des Glases in unliebsame Berührung kommt, dass sich die Spitze verbiegt, sich abstumpft und infolgedessen die Injektion nicht so schmerzlos verläuft, wie dies im Interesse des Pat. zu wünschen wäre. Ausserdem lassen sich die Ampullen mit den gewöhnlichen geraden Kanülen nur schwer völlig entleeren. Zur Beseitigung dieser Nachteile habe ich die Herstellung einer ausglühbaren, leicht gebogenen, stumpfen Kanüle veranlasst\*), welche die Entleerung der Ampullen leicht und völlig ermöglicht. Da diese Kanüle ihrer Konstruktion nach nur zur Aufsaugung der Flüssigkeit dienen kann, so ist zur Ausführung der Injektion ein Kanülenwechsel nötig, aber trotzdem vollzieht sich der kleine Eingriff rascher und leichter, wie vordem, es geht kein Tropfen der Lösung verloren und die Spitze der zum Einstich dienenden Kanüle bleibt scharf. Dass mit der Saugkanüle nicht nur aus Ampullen, sondern auch aus jedem anderen Gefäss Flüssigkeiten leicht entnommen werden können, ist selbstverständlich.“ (Münch. med. Wochenschrift 1910 Nr. 13.)

— **Entfernen von Farbflecken von der Haut.** Von Dr. Ernst Richter (Frankfurt a. M.). Die beim Mikroskopieren zuweilen an den Fingern entstehenden Farbflecke werden nach folgender Tabelle entfernt:

| Färbende Substanz:               | Waschflüssigkeit: |
|----------------------------------|-------------------|
| Karbolfuchsin-Lösung . . . .     | Spirit. saponat.  |
| Karbolgentianaviolett-Lösung . . | Alcohol. absolut. |
| Karbolthionin-Lösung . . . .     | Spirit. saponat.  |

\*) Die Firma Neumann & Co., Köln, Minoritenstr. 21, hat die Herstellung der Kanüle übernommen.



| Färbende Substanz:              | Waschflüssigkeit:                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Kresylechtviolett-Lösung . . .  | Spirit. saponat.                                         |
| Ehrlichs Triacid-Lösung . . .   | Hydrogen. peroxydat.<br>(3%) Liquor Ammon.<br>caust. ana |
| Esbachs Reagens . . . . .       | Hydrogen. peroxydat.<br>(3%) Liquor Ammon.<br>caust. ana |
| Giemsasche Lösung . . . . .     | Spirit. saponat.                                         |
| Haematoxylin-Delafield-Lösung . | Hydrogen. peroxydat.<br>(3%) Acidum hydro-<br>chlor. ana |
| Leishmanns Blutfarbstoff . . .  | Spirit. saponat.                                         |
| Löfflers Methylenblau-Lösung .  | Spirit. saponat.                                         |
| Orcein-Wasserblau-Lösung . . .  | Spirit. saponat.                                         |
| Polychrom. Methylenblau-Lösung  | Spirit. saponat.                                         |

(Apothekerzeitung 191<sup>1</sup>) Nr. 7.)

- **Ein neuer Zungenhalter.** Von Dr. H. Leyden (Berlin). „Die Form und Grösse des handlichen, leichten Aluminium-instruments passt sich vollkommen den Raumverhältnissen der Mundhöhle und der aufliegenden Maske an, in der es gänzlich eingelagert liegt, so dass der komplette Gesichtsanschluss der Maske gegen Beiluft gewährt bleibt. Das Halten der mit einem Tuche hervorgeholten Zunge selbst erfolgt durch die verhältnismässig grossen, rundlichen, gefensterten Fassplatten mit starken, tiefen Einriffungen, welche durch angemessenen, ständigen Federdruck gegeneinander pressen, bei Handdruck auf die Branchen momentan und beliebig weit sich öffnen, bei dessen Nachlassen sofort automatisch sich wieder schliessen. Es ist nur ein Halten, kein direktes Festklemmen wie bei der Zungenzange der durch Bewusstlosigkeit usw. in Muskeler schlaffung befindlichen Zunge, die mit dem Einsetzen ihrer eigenen Lebensfunktion sich gleich wieder selbst, ohne fremdes Zutun aus ihren Banden zu befreien vermag. Gleichzeitig bietet der Halter, welcher mittels eines Bandes um den Nacken fest am Kinn anliegend befestigt werden kann und in erforderlicher Lage fixiert, bequem über der Unterlippe liegen bleibt, vermöge seines breiten Metallkörpers der Zunge auch einen genügenden Schutz gegen unvorhergesehenen Biss der Zähne. Dass der Zungenhalter in allen seinen Teilen mühelos auseinandernehmbar und sterilisierbar ist, versteht sich von selbst. Bei der Einfachheit

der Handhabung des Instruments werden wohl die beigefügten Figuren ohne weiteren Kommentar die genügende Aufklärung über die Anwendungsweise geben.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1910 Nr. 21.)

- **Ein zusammenlegbarer Trichter mit Feststellvorrichtung und mit Sonde für Magen-, Darm- und Blasenspülungen** wird von der Fabrik L. Dröll in Frankfurt a. M. hergestellt. Zwei Metallringe sind durch Gummistoff miteinander verbunden, ein Bügel fixiert sie in entsprechender Entfernung. Magensonde, Schlauch usw. ist zweckgemäss untergebracht und alles zum bequemen Transport in einer Aluminiumbüchse zu verwahren, so dass Sterilisation in toto möglich ist. Gewicht des Trichters mit Sonde, Schlauch und Büchse 340 g, Durchmesser des Trichters 14 cm, Preis des Trichters, der Aluminiumbüchse und Platte für Sonde und Schlauch 9 Mk.

- **Ueber Versuche mit Kephaldol.** Von Ob.-A. Dr. R. Kortschak (Garnisonspital 7 in Graz). Seine Erfahrungen fasst Autor wie folgt zusammen: Kephaldol ist:

1. Ein verlässliches, milde und ausgiebig wirkendes Antipyreticum ohne unangenehme Nebenwirkungen. Auf Einzelgaben von 1,0 folgt nach einer halben bis einer Stunde ein Temperaturabfall von etwa 1°, welcher längere Zeit, in vielen Fällen 5—6 Stunden anhält. Er beginnt meist mit einem leichten Schweissausbruch. Dabei zeigt sich keinerlei ungünstige Beeinflussung der Herztätigkeit, selbst bei grösseren Einzeldosen. 2. Ein in vielen Fällen gut wirkendes Antineuralgicum. Besonders bei Kopfschmerz verschiedener Aetiologie, dann bei den polymorphen Schmerzzuständen der Tabiker leistet es gute Dienste. Eine ungünstige Wirkung auf den Magen und die Verdauung konnte niemals beobachtet werden. 3. Ein häufig brauchbares Antihydroticum gegen die Nachtschweisse der Phthisiker.

(Wiener med. Wochenschrift 1910 Nr. 18.)




---

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
Dr. E. Graetzer in Friedenau-Berlin.

# Eisentropon

Kraftnahrung mit Eisengehalt für  
Blutarme, Bleichsüchtige, Nervöse  
— und schwache Kinder. —  
Außerordentlich wohlschmeckend.

== Auch in Tablettenform erhältlich. ==

Literatur und Proben kostenfrei durch  
**Troponwerke Mülheim-Rhein.**

---

## „Siccator“

von Frauenarzt Dr. M. Nassauer

D. R. G. M. Nr. 357360

bewährt sich bestens zur Trockenbehandlung bei Ausfluss. Preis M. 4.50.  
Zu haben bei:

**Hermann Katsch, München, Bayerstr. 25.**

---

## Weil er erfahrungsgemäss keinerlei Nebenwirkungen

zur Folge hat und zugleich angenehm milden Wohlgeschmack besitzt, ist Kathreiners Malzkaffee in allen Krankheitsfällen ein empfehlenswertes Getränk. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen.

Den Herren Ärzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

**KÖNIGL.**  
 Natürliches  Mineralwasser  
**FACHINGEN**

# Von heilwirkendem Einfluss

bei: Gicht, harnsaurer Diathese, Diabetes,  
 Erkrankungen der Verdauungsorgane (Sodbrennen), Nieren-, Blasen- und Harnleiden.

Appetitanregend  
 stoffwechselfördernd  
 harnsäurelösend.

Literatur auf Verlangen durch die Brunnen-  
 inspektion in Fachingen (Reg.-Bez. Wiesbaden).

**KÖNIGL.**  
 Natürliches  Mineralwasser  
**FACHINGEN**

Dieser Platz ist für die  
 Pharmakon G. m. b. H., Berlin, W.  
 reserviert.

**Lenicet**  
**Euvaselin**  
**Bleno-Lenicet-**  
**Salben**

Dr. R. Reiss'  
 Lenicet- u.  
 Euvaselifabrik  
 Charlottenburg 4

schwerlös-  
 liches  
 essigsäure  
 Tonerde  
 in  
 Streupulvern,  
 Salben,  
 Chirurgie  
 Dermatolog.  
 Ophthalmolog.  
 Gynaecolog.



Prof. Dr.  
**Soxhlet's**

## Nährmittel

für Säuglinge als Dauernahrung sowie für  
ältere Kinder und Erwachsene während und  
nach zehrenden Krankheiten.

Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe in Pulver-  
form in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.50.

Nährzucker-Kakao in Dosen von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt zu M. 1.80.

Eisen-Nährzucker mit 0,7% ferrum glycerin-phosphoric.  
die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 1.80.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat. saccharat.  
sol. Ph. IV. die Dose von  $\frac{1}{2}$  kg Inhalt M. 2.—

Leicht verdauliche **Eisenpräparate**, klinisch bewährt  
bei Atrophie und Anämie.

== Den Herren Ärzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei. ==

**Nährmittelfabrik München, G.m.b.H., Pasing b. München.**

## Dr. Walther Koch's „Praevalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampfer  
und Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der Lungentuberculose, Linderung  
und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Specificum bei Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anaemie  
und Herzschwächezuständen durch seine expectorierende und herz-  
roborierende Wirkung.

Tuben à Mk. 1,20 für Erwachsene und Mk. 0,80 für Kinder, nur  
auf ärztliche Verordnung in den Apotheken erhältlich. Genaue Ge-  
brauchsanweisung liegt jeder Tube bei.

Literatur und Proben durch die

**Woll-Wäscherei und Kämmerel, Abt. chem. Fabrik**  
**in Döhren bei Hannover.**

## Deutsch-Südtirol

## Gries bei Bozen

Saison: September—Mitte Juni

### Sanatorium für Leicht-Lungenkranke.

(Freiluft-Liegekur, Diät, Inhalationen, spezifische  
Behandlung.)

Prospekte auf Verlangen.

**Dr. V. M. Malfer**, leitender Arzt.

# Albin

## Hydrozon (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) Zahnpasta

Wirkt desinfizierend und desodorisierend durch freiwerdendes O. Besonders indiziert bei Hg-Kuren, Alveolarpyorrhoe und bei foetor ex ore.

Angenehm und erfrischend im Geschmack.

**! Jetzt in weicher Consistenz !**

Grosse Tube (ca. 80 Port.) Mk. 1.—

Kleine " ( " 30 " ) " 0.60

# Lactagol

## Spezifisches Lactagogum

in zahlreichen Säuglingsheimen, Entbindungsanstalten, Beratungsstellen für Mütter etc. dauernd in Gebrauch.

# Vasogen

Die Vasogene (Jod-, Ichthyol-, Salizyl-, Hg.- etc.) haben sich seit 16 Jahren einen dauernden Platz in der Therapie erworben. Zum Schutze gegen Nachahmungen verordne man nur Original-Packung (30 g Mk. 1.—).

## Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg.

Druck von Gebr. Junghanss, Leipzig.

Diesem Hefte liegen 2 Prospekte bei und zwar von den Firmen:

Goedecke & Co., Berlin, N., über „Arhovin“,

Benno Konegen Verlag, Leipzig, über „neuere Erscheinungen“

Original from

UNIVERSITY OF MICHIGAN

11

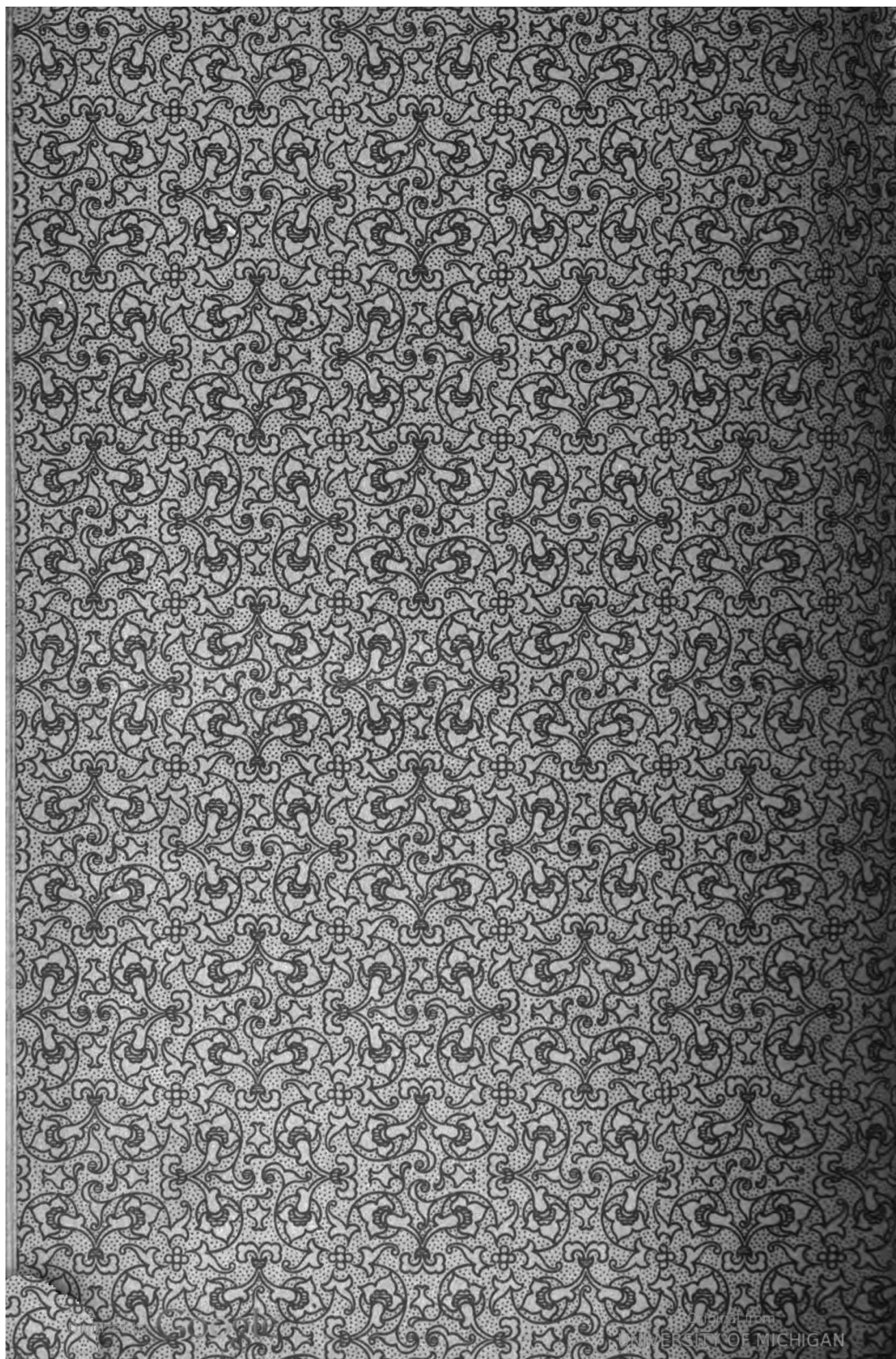
8

11

300

30







UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05976 9201



